



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 50001310300220130041100 C1

1. Para los fines procesales pertinentes, obre en autos el acuerdo de pago celebrado por la deudora María Esther Vargas Quintero y sus acreedores el 13 de mayo de 2022 (A. 28).

2. De la revisión efectuada a su contenido, se observa que en dicho instrumento se acordó el pago de las obligaciones con los dineros depositados en este estrado judicial. Allí, de manera detallada, se indicó el nombre y el monto de la suma a pagar a cada uno de los acreedores. De esa forma y en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 553 del C. G. del P. en especial, de su numeral 6, que permite, incluso, la enajenación de bienes del deudor que estuvieren embargados en los procesos ejecutivos suspendidos y el levantamiento de la medida cautelar, se acoge la disposición de entrega de dineros contenida en dicho acto.

Por lo anterior, se ordena a secretaría constituir los títulos en los exactos términos indicados en el referido acuerdo, con las precisiones realizadas en escrito de 28 de julio de 2022, archivo digital 32 del expediente. Para tal fin, es indispensable verificar que los títulos a pagar efectivamente corresponden a este proceso ejecutivo; en caso de existir una suma inferior a \$537.303.504, deberá abstenerse de efectuar el pago e ingresar el expediente al despacho para impartir las directrices de rigor.

En caso de corroborar la suma indicada en la relación de títulos (A. 32) proceda a constituir los títulos y, desde ya, se autorizan los fraccionamientos que resulten indispensables para materializar el pago. Efectuados los mismos, deberá oficiarse al Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Gran Colombia del Círculo de Villavicencio para informar la materialización del acuerdo, en lo que respecta a este estrado judicial. Deberá detallar la forma en que las obligaciones fueron satisfechas y acompañar los documentos que den cuenta de ello.

**Notifíquese y cúmplase,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez



**Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio**

Por anotación en **estado** del **23/08/22** se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaría

**Firmado Por:**

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

**Juez Circuito**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 002**

**Villavicencio - Meta**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **169b240269c6aa79e62fc3c8858c068d6d7995152086fd6386f70c919170768b**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:05 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 50001310300220140044700 C2

La parte demandada allega un nuevo avalúo del bien cuyo remate se pretende dentro del presente proceso coercitivo. Es claro que el mismo resulta extemporáneo, pues debió aportarlo durante el término de traslado del aportado por la parte actora, lo cual se dispuso en auto de 6 de abril de 2022.

Sin embargo, de la revisión efectuada al plenario, se advierte que el extremo actor se ciñó a aportar el avalúo catastral, según se advierte en el archivo digital 16 del expediente. En tales casos, es carga de la ejecutante y verificar que el mismo resulte idóneo, a fin de no incurrir en inequidades, según lo indicó la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 29 de abril de 2020, expediente 2020 00068 01, en los siguientes términos:

*«Además, en criterio de esa alta Colegiatura, también es deber, de todo interesado en el adelantamiento del cobro forzoso de una obligación a su favor, verificar la idoneidad del avalúo catastral del predio objeto de la garantía real con la cual busca satisfacer el pago...»*

Es necesario adelantar las actuaciones de rigor para la fijación del precio real con el propósito de garantizar los derechos del deudor; incluso, ello propende también porque se pagar en la mayor medida posible el crédito ejecutado. De esa forma, se tramitará el avalúo comercial allegado por la parte ejecutada, con el objeto de determinar si el catastral es idóneo para establecer el precio real.

2. Previo a disponer el traslado de rigor, se pone de presente a la **parte ejecutada** que el perito deberá adicionar las declaraciones faltantes tendientes a satisfacer los requisitos de que tratan los numerales 4 a 9 del artículo 226 del Código General del Proceso. La apoderada interesada deberá comunicarle este requerimiento al evaluador. Para lo anterior, se concede el término de cinco (5) días.

**Notifíquese y cúmplase,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez



**Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio**

Por anotación en **estado** del **23/08/22** se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaría

**Firmado Por:**

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

**Juez Circuito**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 002**

**Villavicencio - Meta**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **2ac4aca64f4f46593099a17ba233a316676a01adfd5d3a5985c8f2c06f372144**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:04 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 500013153002 2017 00068 00

Puesto que la abogada Sonia Patricia Baquero Pérez, designada por auto de 15 de junio de 2022 como defensora de oficio del demandado Ingeniería Geológica Tecnológica S.A.S. manifestó su imposibilidad de aceptar la labor encomendada, por “*estar actuando en más de cinco procesos como defensor de oficio*” (art. 48, num. 7 del C.G.P.), se dispone relevarla y, en su lugar, se elige al profesional del derecho **José Gratiniano Álvarez Torres<sup>1</sup>**, quien desempeñará el cargo en forma gratuita como defensor de oficio del aludido del demandado.

Por **secretaría** notifíquese el nombramiento, a través de telegrama, mensaje de datos o por otro medio más expedito, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 49 del Código General del Proceso, e **infórmesele que el nombramiento es de forzosa aceptación**, por lo cual deberá concurrir inmediatamente a asumir el cargo, so pena de hacerse acreedor de las sanciones disciplinarias a que hubiere lugar.

### Notifíquese y cúmplase,

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en estado del 23/08/22 se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria

Firmado Por:

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 002

Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **af731fa7b945dcd7201b6cd5ca0d593b4fd4d2bb9928caac929a335ec0495092**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:03 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

<sup>1</sup>Actúa como apoderado judicial dentro del proceso que conoce este despacho con rad. n° 2020 00025 00, donde registra el correo electrónico para notificaciones: [grato61@gmail.com](mailto:grato61@gmail.com).



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 50001315300220180004300 C2

1. No se accede a la solicitud de desistimiento tácito elevada por la parte demandada en reconvencción (AA. 23 y 27), en tanto que no se cumple ninguno de los presupuestos previstos en el artículo 317 del C. G. del P. que permita finalizar el proceso. Ni siquiera con ocasión del requerimiento efectuado en auto de 20 de abril de 2022, en tanto que fue acatado en su integridad, al demostrarse la instalación de los avisos y las vallas en los bienes identificados con los folios de matrícula inmobiliaria 230-47527, 230-47528 y 230-47529, conforme le fue ordenado en el auto de 27 de junio de 2018, según lo demuestra el archivo digital 18 del presente cuaderno. Y así se dispuso en el numeral 1 del auto de 13 de junio de 2022 (A. 22, C.2), a cuyo tenor:

*«Para los fines procesales pertinentes, téngase en cuenta que la parte actora instaló las vallas y avisos en los bienes objeto del litigio (A. 18, C.2)»*

Si existía inconformidad frente a esa decisión, debió presentar los recursos ordinarios que contempla el literal e) del referido canon 317 procesal.

2. Ahora, como la parte demandada informa la ausencia de las vallas y avisos en los bienes objeto del litigio, se **requiere al demandante en reconvencción** para que informe al despacho la situación presentada sobre el particular y, de paso, acreditar de nuevo la instalación de tales actos de publicidad. Para tal fin, allegar las fotografías que den cuenta de su fijación, con la precisión que deberán indicar la fecha en que fueron tomadas. Con ese propósito, es necesario que haga uso de un instrumento irrefutable, como lo sería el ejemplar de periódico del día.

3. Se ordena a la parte demandada que informe al despacho la finalidad de las copias allegadas mediante mensaje de datos de 27 de junio de 2022, a las 17:10 (A. 24, C.2). lo anterior resulta indispensable, pues de su contenido no se advierte que tengan relación con los bienes objeto del litigio. Tenga en cuenta lo previsto sobre las oportunidades procesales para solicitar y aportar pruebas.

**Notifíquese,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**



## Juez

**Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio**

Por anotación en **estado** del **23/08/22** se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria

**Firmado Por:**

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

**Juez Circuito**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 002**

**Villavicencio - Meta**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **4ab69b11813bf30569b44137c6a4503bf29bbaafc5723ad323355e5358905b8f**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:03 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 500013153002 2021 00306 00 C.3

3/4

Se decide la excepción previa denominada «*ineptitud de la demanda*», propuesta por el demandado **Jairo Efraín Cerón Martínez**.

### Antecedentes y Consideraciones

1. Como fundamento esencial del impedimento procesal propuesto, el demandado indicó que el presente litigio, es decir, entre las mismas partes, por los mismos hechos y pretensiones, ya se había presentado en una anterior oportunidad correspondiendo el conocimiento del mismo al Juzgado Cuarto Civil del Circuito de esta ciudad (rad. 2017 00384), quien lo finiquitó por desistimiento tácito a través de providencia de 12 de marzo de 2019, frente a la cual la parte demandante formuló recurso de reposición en subsidio de apelación, manteniéndose la decisión a través de proveído 10 de septiembre de 2020, concediendo la alzada subsidiariamente interpuesta, que luego fue desistida por el precursor y aceptada en auto de 25 de agosto de 2021.

Por lo anterior, el memorialista considera que al radicarse el libelo de la referencia el 19 de octubre de 2021, aún no había fenecido el término de seis meses que contempla el literal *f*) del canon 317 del estatuto adjetivo, contados en su opinión desde la ejecutoria del proveído de 25 de agosto de 2021, para poder presentar nuevamente la demanda, razón por la cual solicita se declare la prosperidad de la excepción previa expuesta y, por ende, no se continúe con el cursó de este trámite.

2. De entrada es menester aclarar que el presente trámite exceptivo es una herramienta con la que cuenta el extremo pasivo para sanear eventuales nulidades procesales, de suerte que su proposición no genera siempre la terminación del proceso, sino en la mayoría de los casos la revisión de posibles yerros procesales que el despacho haya podido inadvertir al momento del estudio preliminar de la demanda.

En ese contexto, pronto se advierte que la causal exceptiva incoada está llamada a fracasar, pues la misma se sustenta en hechos que no configuran dicho impedimento procesal, pues el artículo 100, numeral 5° del estatuto adjetivo dispone que podrá alegarse como excepción previa la “5. *Ineptitud de la demanda por falta de los requisitos formales o por indebida acumulación de pretensiones*” (se resalta), señalando a su vez el canon 82 *ejusdem* los requisitos formales de la demanda y el canon 83 a 85 *ibidem*, algunos requisitos adicionales y anexos de la misma, sin que dentro de estos se encuentre el extrañado por el demandado, esto es, la formalidad consistente en cumplir con el término de seis meses que establece el literal *f*) del canon 317 del C.G.P., para promover nuevamente la acción luego de la declaratoria de desistimiento tácito, razón por la cual fácil es deducir que la mencionada irregularidad no se encuadra dentro de la excepción previa instaurada.

No obstante, en gracia de discusión se le aclara al memorialista que la irregularidad alegada no se dio dentro de este asunto, pues teniendo en cuenta el historial de la página web del programa consulta procesos de la Rama Judicial que fue allegado por el mismo demandado Jairo Cerón Martínez (archivo digital 12, pg. 10-12, c.1), la providencia del



homólogo Cuarto Civil del Circuito de esta ciudad que ordenó la terminación por desistimiento tácito dentro del juicio con radicado 2017-00384-00, quedó en firme el 11 de septiembre de 2020, fecha en la que se notificó por estado el proveído que no repuso el auto de 12 de marzo de 2019 -que terminó inicialmente el proceso por desistimiento tácito- atendiendo el desistimiento del recurso de apelación por parte del demandante contra el auto de 12 de marzo de 2019, comoquiera que el inciso segundo del artículo 316 del C.G.P., es claro al disponer que “[e]l desistimiento de un recurso deja en firme la providencia materia del mismo, respecto de quien lo hace” .

Por consiguiente, el extremo actor podía presentar la demanda de la referencia con posterioridad al 11 de marzo de 2021 (data en que fenecía el término de 6 meses del literal f, art. 317 C.G.P.), radicándose el libelo el 19 de octubre de 2021 (archivo digital 01, c.1), es decir, con posterioridad a dicho lapso, por lo que en la cuestión no se configuró la irregularidad que es alegada.

**3.** Así las cosas, se declarará no probada la excepción previa aquí planteada, sin condena en costas al tenor del numeral 8 del artículo 365 del C. G. del P.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio,

**Resuelve:**

**Primero.** Declarar no probada la excepción previa denominada «*ineptitud de la demanda*», formulada por el demandado Jairo Efraín Cerón Martínez.

**Segundo.** Sin condena en costas. Art. 365, núm. 8, C.G. del P.

**Notifíquese y cúmplase,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en estado del 23/08/22 se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

Nátaly Sánchez García  
Secretaria

Firmado Por:

Nestor Andres Villamarin Diaz

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 002

Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **c2de93a0cfe60c190613c281a5a0ee974bae31d428681a913bdbfea239c931f**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:02 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 500013153002 2021 00306 00 C.2

2/4

Se decide la petición de nulidad interpuesta por el apoderado judicial del demandado **Jairo Efraín Cerón Martínez**, dentro del proceso de responsabilidad civil de la referencia, iniciado por **Carlos Evelio Muñoz Flórez** contra **Jairo Efraín Cerón Martínez, Humberto Botero Echeverri y Henry Castrillón Arce**.

### Antecedentes y consideraciones

1. El demandado Jairo Efraín Cerón Martínez, invocó como causal de nulidad la contenida en el artículo 29 de la Constitución Política por vulneración al debido proceso, bajo el argumento de que en el presente asunto se desconoció el literal *f* del artículo 317 del C.G.P., pues la demanda de la referencia fue presentada para su admisión sin contemplar el término de 6 meses de que trata la citada norma “*como sanción por haberse decretado el desistimiento tácito, en proceso anterior, con respecto a las mismas partes e idéntica controversia*” (archivo digital 01). Igualmente, alegó como causal de la invalidez la contemplada en el numeral 8 del canon 133 del estatuto adjetivo, con fundamento en que la parte actora remitió el pasado 8 de abril hogaño “*el auto admisorio de la demanda y otros documentos pero sin formalismo alguno que diera a conocer al destinatario la finalidad del envío, sus derechos y demás requisitos propios de una debida contestación*” (archivo digital 01).

1. 2. De la anterior solicitud de nulidad se corrió traslado por auto de 6 de julio de 2022 (archivo digital 03); entonces, puesto que los extremos procesales no solicitaron el decreto de pruebas sin que se advierte la necesidad de decretarlas de oficio en procura de resolver la presente reclamación, en esta oportunidad se procederá a desatar la petición de nulidad, previas las siguientes consideraciones.

2. Frente a la primera causal de nulidad invocada, la cual se sustenta en el artículo 29 de la Constitución Política, de entrada se advierte que se rechazará de plano la misma, habida cuenta que aludida causal constitucional se aplica solo en aquellos casos en que se predique la nulidad de las pruebas obtenidas con violación del debido proceso<sup>1</sup>, respecto a este tipo de vicio procesal la jurisprudencia ha enseñado:

*“Frente a la nulidad consagrada en el artículo 29 de la Constitución Nacional, es de advertir que la norma en sí corresponde al reconocimiento del derecho al debido proceso como garantía de orden superior, que se materializa con el adecuado curso impartido a los conflictos que se someten al conocimiento de la administración de justicia, sin que se erija como una causal autónoma e independiente de las que precisa el artículo 140 del Código de Procedimiento Civil, salvo por su inciso final que advierte sobre los efectos negativos derivados de la “prueba obtenida con violación del debido proceso”, que las entra a complementar y sobre el cual se debe cimentar cualquier reclamo bajo su amparo”<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Ver Sentencia C – 491 de 1995.

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia SC, 21 Mar 2012, Rad. 2006-00492.



Como lógica consecuencia, la presente reclamación sustentada en la causal constitucional de vulneración al debido proceso no cumple los requisitos que la jurisprudencia y la ley procesal establecen para su procedencia, toda vez que no se ajusta a los hechos que sirven de base de la petición estudiada, pues la nulidad por esa causal reclamada no se deriva de una prueba obtenida de manera ilícita durante el curso del trámite de la referencia, sino por desconocer el demandante, en opinión del memorialista, el literal *f*) del artículo 317 del C.G. del P. al momento de interponer nuevamente la demanda de la referencia, que en otra oportunidad había instaurada dentro de un proceso que terminó por desistimiento tácito.

Por lo demás, frente a la irregularidad que se aduce con fundamento en la pretemporánea radicación de la presente demanda de cara a lo reglado en el artículo 317 del C.G. del P., la parte deberá estarse a lo resuelto en auto de la misma fecha que deniega la excepción previa formulada con idénticas razones.

**3.** Por otro lado, en lo que respecta a la segunda causal de invalidez invocada por el peticionario, en principio debe resaltarse que el numeral 8 del artículo 133 del Código General del Proceso establece que es nulo el proceso cuando no se practica en legal forma la notificación del auto admisorio de la demanda a personas determinadas o el emplazamiento de las demás personas, aunque sean indeterminadas, que deban ser citadas como partes, o de aquellas que deban suceder en el proceso a cualquiera de las partes.

Para la habilitación del vicio invocado, es necesario que no se hubiesen presentado circunstancias que hicieran nugatoria la irregularidad pendiente de declarar, toda vez que uno de los principios que regulan las nulidades procesales es el del saneamiento, plasmado en el artículo 136 del aludido estatuto. Norma que consagra una serie de situaciones que, de configurarse, remedian cualquier anomalía de carácter adjetivo que no sea de naturaleza insaneable. De esta forma, el numeral 1 de dicho precepto establece que la invalidación se repara «*[c]uando la parte que podría alegarla no lo hizo oportunamente o actuó sin proponerla*», ya que su silencio durante el transcurso del proceso convalida la actuación surtida, pues constituye una clara evidencia de su conformidad con el trámite procesal dado.

Sin embargo, es de resaltar que frente a la causal de nulidad invocada se hace necesario aplicar la regla de la trascendencia, según la cual, la simple omisión de las formalidades que el ordenamiento procesal civil consagra para el perfeccionamiento del acto procesal de la notificación al demandado no es lo que genera la nulidad estudiada, sino la verdadera vulneración de su derecho de defensa al no haber gozado de la oportunidad de defenderse, por no enterarse de la existencia del proceso, como consecuencia de la indebida notificación, pues si pese a haberse incurrido en una irregularidad el demandado pudo ejercer debidamente su derecho de defensa y no sufrió menoscabo alguno, operaría el mecanismo del saneamiento contemplado en el numeral 4, artículo 136 *ejusdem*, según el cual no habrá lugar a la nulidad “*[c]uando a pesar del vicio, el acto procesal cumplió su finalidad y no se violó el derecho de defensa*”.

**3.1.** Descendiendo al caso en concreto, pronto se anuncia que se desestimaré la causal de nulidad sustentada en el numeral 8 del precepto 133 *ibidem*, comoquiera que no se presentó ninguna irregularidad en la notificación personal que le fue enviada el 8 de abril de 2022 (archivo digital 11, c.1), puesto que en la constancia que fue allegada de esta y como lo afirmó el mismo demandado, junto con el correo electrónico de notificación personal



que recibió el señor Cerón Martínez, le fue enviada copia de la providencia que admitió el libelo de la referencia, así como la demanda y sus anexos, es decir, si se dio cumplimiento a los lineamientos señalados en el artículo 8 del citado Decreto 806 de 2020, sin que hubiera sido necesario oficio o requisito adicional alguno, pues la norma citada exige únicamente lo siguiente:

*Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio.*

(...)

*La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación*” (subrayado ajeno al texto original).

Entonces, como la notificación personal efectuada por el demandante se dio bajo el amparo de la norma previamente citada, reuniendo el lleno de los requisitos necesarios para este tipo de notificación, ya que el actor acreditó ello con el memorial obrante en archivo digital 11 obrante en el cuaderno principal, es el motivo por el cual no se presentó la irregularidad que alega **Jairo Efraín Cerón Martínez**.

**3.2.** Y aún, si se hiciera abstracción de los anteriores argumentos, nótese que para el momento en que se alegó la nulidad no se había tenido con anterioridad como notificado del juicio verbal de la referencia al demandado **Jairo Efraín Cerón Martínez**.

No obstante, puesto que en auto de la misma fecha se tendrá a dicho demandado notificado personalmente en los términos del artículo 8 del decreto 806 de 2020, normatividad vigente para el momento en que se ordenó su notificación, atendiendo la constancia allegada por el demandante y que obra en archivo digital 10 y 11 del cuaderno principal, lo cierto es que el mencionado convocado contestó oportunamente la demanda a través de memorial remitido a este juzgado vía correo electrónico el 12 de mayo de 2022 (archivo digital 12, c.1), razón por la cual en el asunto no se está desconociendo su pronunciamiento frente al libelo de la referencia, por ende, no se le ha impedido que ejerza su derecho a la defensa y contradicción.

En ese orden, de haberse incurrido en una irregularidad por parte del demandante al no enviarle la notificación personal con los requisitos formales que extraña el memorialista, lo cierto es que la misma es intrascendente, toda vez que el señor Jairo Efraín Cerón Martínez pudo ejercer debidamente su derecho de defensa y no sufrió menoscabo alguno, pues lo que se advierte es que el acto de notificación opugnado cumplió con su finalidad como da cuenta la oportuna contestación de la demanda y la formulación de excepciones previas y de fondo.

**4.** Son estas las razones por las que se desestimaré la petición de nulidad que antecede. Como no se advierte que se causaran costas, conforme el numeral 8 del artículo 365 del C.G. del P., no se impondrá condena alguna.

En armonía con lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio,



**Resuelve:**

**Primero.** Negar la solicitud de nulidad elevada por el demandado Jairo Efraín Cerón Martínez.

**Segundo.** Sin condena en costas. Art. 365, núm. 8, C.G. del P.

**Notifíquese y cúmplase,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

**Juez**

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en **estado** del 23/08/22 se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria

**Firmado Por:**

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

**Juez Circuito**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 002**

**Villavicencio - Meta**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **7162b7e8e456b3ef875fb9d330587bc6d086b7ea61350f2a341d700a9f54ce58**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:01 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 500013103002 2021 00306 00 C.1

1/4

A propósito de los informes y memoriales que anteceden, el juzgado resuelve:

**A.** Se deja constancia que el demandado **Humberto Botero Echeverri**, pese a haberse notificado de manera personal y en los términos del artículo 8 del Decreto 806 de 2020 (archivo digital 10), no contestó la demanda.

Se tienen por notificados personalmente a los demandados **Jairo Efraín Cerón Martínez** y **Henry Castrillón Arce** (archivo digital 10 y 11).

Se reconoce al abogado Mauricio Alberto Muñoz Tenorio como apoderado judicial del demandado **Jairo Efraín Cerón Martínez**, para los fines y efectos del poder que le fue conferido (archivo digital 12, pg. 24-27).

Se deja constancia que el accionado **Jairo Efraín Cerón Martínez** contestó oportunamente la demanda (archivos digitales 12).

**B.** Se advierte que el poder judicial allegado dentro del escrito de contestación del libelo del demandado **Henry Castrillón Arce**, concedido al abogado **Oscar Fernando Carvajal Vargas** (archivo digital 13, pg. 14-16), no reúne los requisitos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020, normatividad vigente para el momento en que se confirió dicho mandato, específicamente en lo relacionado con acreditar que el poder fue conferido -enviado- por el poderdante a través de mensaje de datos o desde de su correo electrónico, y que, en el contenido del mismo tampoco se señaló el canal digital perteneciente al apoderado judicial, el cual debe coincidir con el inscrito en el Registro Nacional de Abogados.

En ese orden, previo a tener por contestada la demanda, **se requiere a dicha parte para que en el término de cinco días**, contados a partir de la notificación de la presente providencia, **aporten poder debidamente conferido a través de mensaje de datos proveniente del señor Henry Castrillón Arce** en los términos del artículo 5 de la Ley 2213 de 2013<sup>1</sup>.

Adicionalmente, recuérdese al abogado y a la parte, que en caso de tratarse de poder firmado en físico, la presentación personal que se obviaría en el caso del mandato conferido mediante mensaje de datos, deberá efectuarse en los términos del artículo 76, inciso 2, del C.G. del P.

Por **secretaría**, fenecido el término previamente otorgado, regresen las diligencias al despacho.

---

<sup>1</sup> **Artículo 5. PODERES.** Los poderes especiales para cualquier actuación judicial se podrán conferir mediante mensaje de datos, sin firma manuscrita o digital, con la sola antefirma, se presumirán auténticos y no requerirán de ninguna presentación personal o reconocimiento.

En el poder se indicará expresamente la dirección de correo electrónico del apoderado que deberá coincidir con la inscrita en el Registro Nacional de Abogados. < Los poderes otorgados por personas inscritas en el registro mercantil, deberán ser remitidos desde la dirección de correo electrónico inscrita para recibir notificaciones judiciales.



C. No se accede a la suspensión del presente trámite comunicada por el Centro de Conciliación de la Fundación Paz Pacífico obrante en archivo digital 17, atendiendo el inicio del proceso de negociación de deudas del aquí demandado **Henry Castrillón Arce**, toda vez que el numeral 1 del artículo 545 señala que *“1. No podrán iniciarse nuevos procesos ejecutivos, de restitución de bienes por mora en el pago de los cánones, o de jurisdicción coactiva contra el deudor y se suspenderán los procesos de este tipo que estuvieren en curso al momento de la aceptación (...)”* (se resalta); empero, el presente proceso versa en un trámite verbal de responsabilidad civil, el cual no se encuentra contemplado entre los trámites señalados en la norma citada, que deben suspenderse como consecuencia del inicio de la negociación de deudas.

### **Notifíquese y Cúmplase,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en estado del **23/08/22** se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria

**Firmado Por:**

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

**Juez Circuito**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 002**

**Villavicencio - Meta**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **06f08f42001b3253e5c53d55b7c93e936af47f02b966626d92010cad9c197fdd**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:00 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 500013153002 2021 00306 00 C.4

4/4

Previo a resolver las excepciones previas propuestas por el demandado Henry Castrillón Arce, se le informa al mencionado demandado y al abogado Oscar Fernando Carvajal Vargas, que deberán dar cumplimiento al requerimiento efectuado en el literal *B* de auto de la misma fecha, obrante en el cuaderno 1 del expediente digital de la referencia.

**Notifíquese y cúmplase,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en estado del 23/08/22 se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria

Firmado Por:

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 002

Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 813ad12b7ebcab5b02976e7547ff68c672d6421c5fe1c17bb9c7499863654d9d

Documento generado en 22/08/2022 04:43:59 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 50001315300220210035700 C5

a. Para los fines procesales pertinentes, téngase en cuenta que el extremo actor guardó silencio frente al traslado de las excepciones de mérito formuladas por la parte ejecutada.

b. Para continuar con el trámite del proceso, y de conformidad con lo dispuesto por el ordinal 2º del artículo 443 del Código General del Proceso, se cita a las partes y a sus apoderados para la práctica de la audiencia inicial prevista en el artículo 372 del referido estatuto, que se llevará a cabo a **las 2:00 pm del 16 de noviembre de 2022.**

Prevéngase a las partes que deberán comparecer personalmente a la audiencia, a efectos de rendir interrogatorio que les será formulado.

Finalmente, adviértasele a las partes y a sus respectivos apoderados, que si no comparecen a la audiencia se harán acreedores a las sanciones establecidas en los numerales 3º y 4º del artículo 372 del Código General del Proceso.

c. En este asunto, es preciso procurar, como lo señala el artículo 103 del C.G. del P., *«el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la gestión y trámite de los procesos judiciales»* para, en esta situación especial, *«facilitar y agilizar el acceso de justicia»*.

En ese orden, con sustento en las facultades conferidas en el artículo 95 de la Ley 270 de 1996; el precepto 2 del Decreto 806 de 2020, y el párrafo primero del artículo 107 del C.G. del P., que permite la participación de partes e intervinientes en audiencia, *«a través de videoconferencia, teleconferencia o por cualquier otro medio técnico, siempre que por causa justificada el juez lo autorice»*, se dispone la realización de la misma de manera virtual, a través de los medios tecnológicos dispuestos por la administración de justicia.

Frente a la solicitud de audiencia presencial, no es posible acceder, ya que la situación en que se presenta el demandado no constituye una razón suficiente. En efecto, el desconocimiento del uso de las tecnologías puede suplirse con la ayuda que debe prestar el profesional del derecho, quien podrá intervenir en esta actuación en compañía del ejecutado.



d. Desde ya se informa a las partes que **deberán ingresar a la audiencia aquí programada, a través del siguiente enlace:**

<https://call.lifesizecloud.com/15526560>

Es carga de los apoderados judiciales compartir dicho enlace a sus mandatarios y demás personas que deban asistir a la audiencia. El anterior canal virtual estará habilitado media hora antes del inicio de la vista pública, con el propósito de que accedan a la plataforma y reporten al correo oficial de este juzgado<sup>1</sup> los inconvenientes que llegaren a presentar, a fin de superarlos.

La consulta del expediente digital la podrán realizar a través del enlace que comparte la secretaría de este juzgado a los correos electrónicos de los apoderados. Si a la fecha éstos no cuentan con el acceso, se les ordena que informen las direcciones para cumplir con tal propósito.

Con antelación a la audiencia, es deber de los profesionales del derecho comprobar que las partes y demás intervinientes cuentan con equipo y acceso efectivo a internet, así como la calidad de la conexión.

e. De conformidad con lo dispuesto por el inciso segundo, numeral 2, del artículo 443 del Código General del Proceso, el juzgado da **apertura a la etapa probatoria** por el término legal, y para ello decreta las siguientes pruebas que oportunamente fueron solicitadas por las partes, **las cuales se practicarán en la audiencia** aquí programada:

## **I. Primera demanda acumulada (C.4)**

### **1. Parte Demandante (pág. 6, A.01, C3)**

**1.1. Documental.** Tener como prueba documental, la enunciada en el escrito de la demanda.

### **2. Parte demandada**

No se decreta, en tanto que la parte ejecutada guardó silencio durante el término de traslado.

---

<sup>1</sup> [ccto02vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto02vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co)



## II. Segunda demanda acumulada (C.4)

### 1. Parte Demandante (pág.4, A.01, C4)

**1.2. Documental.** Tener como prueba documental, la enunciada en el escrito de la demanda.

### 2. Parte demandada (pág. 11, A.01, C4)

**2.1. Documental.** Tener como prueba documental, la enunciada en el escrito de contestación de la demanda.

**2.2. Interrogatorio de parte.** Deberá estarse a lo resuelto en el inciso segundo, literal b. del presente proveído.

## III. Tercera demanda acumulada (C.5)

### 1. Parte Demandante (pág.4, A.00, C5)

**1.3. Documental.** Tener como prueba documental, la enunciada en el escrito de la demanda.

### 2. Parte demandada (pág. 4, A.00, C5)

**2.1. Documental.** Tener como prueba documental, la enunciada en el escrito de contestación de la demanda.

**2.2. Interrogatorio de parte.** Deberá estarse a lo resuelto en el inciso segundo, literal b. del presente proveído.

**2.3. Testimonial.** Recibir la declaración del señor Jaime Galvis, quien deberá comparecer en la fecha y hora ante indicada, so pena de las sanciones legales pertinentes.

Para tal fin, se solicita a la parte demandante que proceda a realizar las diligencias que correspondan para que el declarante comparezca. En caso de necesitar citación por escrito, deberá pedirla a la secretaría del juzgado, con la debida antelación, para que en los mismos términos sea diligenciada.



**3. Pruebas de Oficio.** El despacho se abstiene por el momento de decretar pruebas de oficio.

**Notifíquese,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

**Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio**

Por anotación en estado del **23/08/22** se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria



Rama Judicial  
República de Colombia

---



Rama Judicial  
República de Colombia

**Firmado Por:**  
**Nestor Andres Villamarin Diaz**  
**Juez Circuito**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 002**  
**Villavicencio - Meta**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **855eae87ebcd452d7e8858fda92492c783f2205d535fe5be362ea90c9476ff5**

Documento generado en 22/08/2022 04:43:59 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

veintidós de agosto de dos mil veintidós  
Sin Radicado Elkin Plata Avella  
Solicitud Levantamiento Medida Cautelar

1. Para conocimiento de las partes y demás fines pertinentes, incorpórese al expediente la respuesta emitida por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Puerto López (Meta) (archivo digital 08).

2. Por **secretaría**, se ordena fijar el aviso de que trata el numeral 10 del artículo 597 del Código General del Proceso, en la forma y términos allí indicados, teniendo en cuenta que la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Puerto López (Meta) (archivo digital 08), acreditó que la inscripción de la demanda que recayó sobre el inmueble con matrícula inmobiliaria no° 230-393, cuyo levantamiento aquí se pretende, fue comunicado por este Juzgado mediante oficio n° 909 de 11 de octubre de 1986, dentro del proceso ordinario (filiación natural), promovido por María Dolores Bernal Gómez frente a Ana Graciela Acosta de Rozo.

**Notifíquese,**

(con firma electrónica)

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en estado del 23/08/22 se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

Nátaly Sánchez García  
Secretaría

Firmado Por:

Nestor Andres Villamarin Diaz

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 002

Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **4d211110a3b55c4a1b6dbe85436225769f234be6f31a73c739de9780d3eb31ae**

Documento generado en 22/08/2022 04:43:58 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



## Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio

Veintidós de agosto de dos mil veintidós

AC 50001310300220140018000

Conforme lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del C.G. del P. se profiere la sentencia, cuyo sentido se anunció en la audiencia del 10 de agosto anterior, dentro del proceso de responsabilidad civil contractual que promovieron **Miguel Salgado Torres** y **Liliana Patricia Salgado Zapata** contra **Saludcoop EPS Organismo Cooperativo en liquidación, Inversiones Clínica Meta SA** y **Clínica Martha SA**.

### Antecedentes

1. Los demandantes acudieron a esta vía judicial para que se declare a los demandados responsables civil y contractualmente de los perjuicios materiales y morales, originados en la muerte de su cónyuge y madre, **María Liliana Zapata Gómez**.

1.1. En síntesis, señalaron, que la señora **María Liliana Zapata Gómez** contrajo matrimonio con **Miguel Salgado**, el 28 de noviembre de 1992, y de su relación nació **Liliana Patricia Salgado Zapata**.

1.2. La señora **María Liliana Zapata Gómez** estaba afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud en la **EPS Saludcoop en liquidación**, desde el 7 de marzo de 2003 hasta el día de su muerte.

1.3. La causante se desempeñaba como colaboradora del programa de Bienestar Familiar, denominado Restablecimiento de Derechos Modalidad Hogar Sustituto, desde el 22 de febrero de 2006 hasta su fallecimiento.

1.4. El 10 de febrero de 2012, a las 10:22, la asegurada se presentó en la **Clínica Martha SA** por presentar cuadro clínico de dolor abdominal generalizado tipo cólico irradiado a región lumbar con 6 horas de evolución, aproximadamente.

1.5. El médico decidió manejar el cuadro clínico con analgésicos y enviarla para la casa. Ordenó examen de orina con un diagnóstico de cálculo urinario no especificado.

1.6. En esa primera atención, no se prescribió dentro del tratamiento hidratación con líquidos endovenosos, como tampoco se ordenó cuadro hemático, conforme al protocolo médico del dolor abdominal, según lo ordenado en las guías del Ministerio de la Protección Social.

1.7. Al suministrar diclofenaco por 75mg, se enmascaró el dolor abdominal y no se evidenció que el cuadro correspondía a peritonitis.

1.8. El mismo día, el profesional de la salud, formuló norfloxacin por 400mg, diclofenaco sódico solución inyectable por 75mg, ibuprofeno por 400mg, hioscina n-butil bromuro por 10mg, tramadol clorhidrato solución oral por 100mg y acetaminofén por 500mg. Los medicamentos formulados eran analgésicos fuertes.

1.9. El 13 de febrero siguiente, a las 10:26am, la paciente, ante el insoportable dolor abdominal, regresó al servicio de urgencias, a la **Clínica Llanos de Saludcoop**. Refirió cuadro de tres días de evolución de dolor en abdomen inferior, asociado a disuria



polaquiuria, distensión leve abdominal y malestar general. Como diagnóstico principal, dejó constancia de un cuadro de infección de vías urinarias, sitio no especificado; como secundario, cuadro de síndrome de colon irritable.

**1.10.** Formulan analgésicos, sin descartarse una posible apendicitis.

**1.11.** El 14 de igual mes y año, la usuaria consultó por el mismo cuadro, con fiebre, escalofríos, vomito, cefalea y un malestar de grandes proporciones, al punto que se debió exigir la hospitalización.

**1.12.** Fue dejada en observación con un diagnóstico de depleción de volumen, cálculo del riñón e infección de vías urinarias en sitio no especificado.

**1.13.** Durante el 14, 15 y 16 de febrero, la paciente permaneció hospitalizada en el referido centro médico. En ese periodo, gritaba de dolor, no soportaba que le tocaran su abdomen, presentaba fiebre y seguía con malestar general.

**1.14.** El 16 de febrero, los profesionales decidieron enviarla a la Unidad de Cuidados Intensivos de **Inversiones Clínica Meta SA**, sin haber descartado una apendicitis.

**1.15.** El 17 de febrero, se materializó el traslado a la UCI por cuadro de falla ventilatoria. Ingresó en malas condiciones generales, con insuficiencia respiratoria aguda, fiebre persistente, septicemia no especificada, infección de vías urinarias sitio no especificado, insuficiencia renal aguda no especificada y obesidad no especificada. También presentaba taquicardia marcada y su temperatura de 39.9 grados. El estado era completamente deteriorado.

**1.16.** El 18 de febrero, a las 14:17 fue intervenida quirúrgicamente y se pudo establecer que el diagnóstico correspondía a peritonitis, con perforación en su apéndice y una peritonitis avanzada que, el 22 de febrero, produjo su muerte.

**1.17.** Entonces, reclamaron el pago por el daño moral que sufrieron, el cual estimaron para cada uno el equivalente a 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Por concepto de lucro cesante, la suma de \$155.232.000.

**2.** Admitida la demanda el 18 de septiembre de 2014<sup>1</sup> y en oportunidad, **Clínica Martha SA, Saludcoop EPS Organismo Cooperativo en liquidación e Inversiones Clínica Meta SA**<sup>2</sup> y formularon excepciones de mérito que, en general, pretenden demostrar cómo, por su naturaleza y sus obligaciones legales, no son culpables del fallecimiento de la señora **María Liliana Zapata Gómez** y tampoco existe nexo que pueda ligar su proceder con aquella fatalidad.

**3. Saludcoop EPS Organismo Cooperativo en liquidación** llamó en garantía a **Corporación ISP Saludcoop**. Pero no realizó la notificación de la convocada dentro de término<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> C. 1, archivo digital 05.

<sup>2</sup> C.1, archivo digital 07.

<sup>3</sup> C.2.



**3.1. Inversiones Clínica del Meta SA** presentó llamamiento en garantía frente a **La Previsora SA Compañía de Seguros**<sup>4</sup>. De igual forma, omitió el enteramiento en oportunidad legal.

4. La audiencia prevista en el artículo 101 del C. de P. C. se celebró el 31 de mayo de 2017<sup>5</sup>, fecha en que se recaudó el interrogatorio de los demandantes y de la demandada **Inversiones Clínica Meta SA**. Por auto de 31 de julio de 2017, se decretaron las pruebas solicitadas y se convocó a la audiencia de que trata el canon 373 del C. G. del P.<sup>6</sup> la cual se celebró el 24 de enero de 2019<sup>7</sup> y 10 de agosto de 2022.

### **Problema jurídico**

Corresponde en este asunto establecer si los daños sufridos por los demandantes son atribuibles a la conducta de las demandadas **Saludcoop EPS Organismo Cooperativo en liquidación, Inversiones Clínica Meta SA y Clínica Martha SA**. En caso afirmativo, si hay lugar al reconocimiento de los perjuicios del orden patrimonial y extrapatrimonial reclamados.

### **Consideraciones**

1. La responsabilidad civil, cualquiera sea su naturaleza -contractual o extracontractual-, constituye una fuente de obligaciones en la medida en que parte de la existencia de un daño que, bajo el imperio del equilibrio social y la efectividad de los derechos, debe ser reparado integralmente por quien lo ocasionó. Busca reestablecer, en lo posible, la esfera patrimonial y personal del individuo que se ve afectado por la conducta culposa o dolosa de otro.

#### **2. Sobre la responsabilidad por la práctica médica**

Para que el juez pueda llegar a imponer una condena, la regla general es que debe encontrarse demostrada la culpabilidad de quien genera el daño y su nexo causal con éste. Además, se exige la comprobación del menoscabo efectivo sufrido por la víctima, ya que mal podría exigirse una reparación por un perjuicio que no acaeció o cuyo alcance y valoración no se conocen.

Claro está que, a diferencia de la responsabilidad civil extracontractual, en la que por regla general debe verificarse la culpabilidad del agente victimario, se entiende que en materia de responsabilidad contractual la culpabilidad del demandado está representada por el incumplimiento del acuerdo de voluntades, siempre y cuando se trate de una obligación de resultado. Por el contrario, en el campo de las obligaciones de medio, no puede atribuirse la culpa por el solo incumplimiento, ya que en ese tipo de prestaciones no se garantiza un fin determinado, sino la utilización de todos los conocimientos, aptitudes o capacidades físicas en el desarrollo de una labor. De ahí que se requiera, para estas últimas -las obligaciones de medio-, la demostración de la falta de diligencia, la impericia, imprudencia o el desconocimiento del deber general de cuidado, para que pueda configurarse la responsabilidad del obligado.

---

<sup>4</sup> C.3.

<sup>5</sup> C.1, archivo digital 23.

<sup>6</sup> C.1, archivo digital 27.

<sup>7</sup> Bis, archivo digital 42.



La responsabilidad de los médicos, de los hospitales o clínica puede ser de naturaleza extracontractual o contractual, siempre que medie un contrato para la prestación de servicios médicos. Sin que pueda perderse de vista que la obligación de los profesionales de la medicina, por regla general, es de medio y no de resultado, pues ha dicho la Corte Suprema de Justicia, «...*el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...) Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que en caso de reclamación éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación*» (Cas. Civil de 12 de septiembre de 1985. G. J. T. 180, pág. 420).

En igual sentido, esa corporación advierte que la profesión médica cumple una función social que implica obligaciones de carácter ético y profesional para quienes la ejercen. De tal manera que, en ejercicio de esa función, existe el deber de cuidado y diligencia frente a los pacientes con el fin de obtener la curación o mejoría de estos. Al punto que puede verse comprometida la responsabilidad cuando por negligencia, descuido u omisión se les causan perjuicios en la salud, sin que ello signifique, como es lógico, que sobre el médico pese la obligación de garantizar al enfermo su curación, ya que ello no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno, dada la posibilidad real de que puedan sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever. Así lo indicó la Corte en su sentencia de 5 de marzo de 1940, al advertir que «*[l]a obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado, sino de medio o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste...*» (G. J. 1935, pág. 118). Tesis que aún hoy en día permanece inalterada.

En conclusión, tratándose de obligación de medio, la responsabilidad médica, ya sea contractual o extracontractual, se configura cuando en el tratamiento del paciente se incurre en negligencia por parte de la institución o del médico y, como consecuencia forzosa, se le producen perjuicios, imputables al profesional o institución médica correspondiente, cuya conducta debe ser la causa eficiente de tales daños.

### **3. La responsabilidad de las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio**

Más un capítulo aparte se ha escrito en punto de la responsabilidad de las entidades promotoras y prestadoras del servicio de salud, así como de los demás agentes que intervienen en el sistema, a partir de la teoría que permite imputar responsabilidad directa a las personas jurídicas y que recuerda la naturaleza de sistema y corporativo que tiene el modelo de salud propio de nuestros tiempos.

Incluso la doctrina reconoce cómo al derecho de responsabilidad médica se empiezan a aplicar las normas propias del derecho del consumidor en vista de la calidad de usuario que adquirió el paciente, «*puesto que “como persona física utiliza unos servicios – cualquiera que sea la naturaleza: pública o privada, individual o colectiva- de quienes lo facilitan, suministran o expiden... De tal forma que el usuario tiene derecho a ser indemnizado por los daños y perjuicios, demostrando que el uso de esos servicios – consumo de bienes en su caso- se los haya provocado, salvo que hubiera mediado culpa*



*exclusiva por parte de él” (GALÁN CORTÉS, Julio César, “Ley de consumidores y responsabilidad sanitaria”, en Derecho médico, I Simposio Iberoamericano, Montevideo, 2001, pág. 14 y s.s.)»<sup>8</sup>.*

Ante este contexto complejo, cuando se pretende imputar daño a las EPS, a las IPS y a sus agentes, no basta con que se efectúe el análisis a partir del concepto de causalidad física, pues debe insertarse en un contexto de imputación a propósito de la identificación de los deberes de acción que se imponen por ley a dichos agentes, conforme lo establece la Corte Suprema de Justicia.

**3.1.** Entonces, como lo primero es identificar los deberes y obligaciones de los actores del sistema de salud, preciso es recordar que la Ley 100 de 1993 tiene como principios para la prestación del servicio público de seguridad social, entre otros, (i) el de eficiencia, que impone la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles para que los beneficiarios puedan acceder a dicho derecho adecuada, oportuna y suficientemente; (ii) el de integralidad que significa que la cobertura debe extenderse a todas las contingencias que afectan la salud; y (iii) el de unidad o de articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

A la luz de dichos principios, el artículo 177 define a las EPS como *«las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones»*, en tanto que *«[s]u función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados...»*. Adicionalmente, el artículo 178 expresa que también tendrán las funciones de:

*«3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.*

*(...)*

*4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*

*(...)*

*6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud».*

Por su parte, en la Ley 100 también se consagran las funciones a cargo de las instituciones prestadoras del servicio de salud dentro del sistema de seguridad social, al prever en su canon 185 que a estas les corresponde *«prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley»*.

De la inteligencia de la citada norma, precisa el órgano de cierre que, al imponerse a las EPS el deber de brindar el servicio de salud dentro de tal sistema, *«las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo»*. El juicio de imputación logrará desvirtuarse si se prueba que el daño se perpetró por el desconocimiento de los deberes normativos de la EPS, con

---

<sup>8</sup> JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio. *RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA –La relación médico-paciente: análisis doctrinal y jurisprudencial-*. 2ª Ed – Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana- Grupo Editorial Ibáñez, enero 2019. Pág. 59.



ocasión de una deficiencia a nivel organización, administrativo o presupuestal, o por la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito<sup>9</sup>.

**3.2.** Pero a más de aquellas funciones legales, que ya permiten anunciar el origen de la responsabilidad a cargo de las EPS e IPS, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 13925 de 2016 recordó cómo, a partir de la masificación del servicio de salud se despersonalizó la responsabilidad civil médica, *«que ahora no sólo se puede originar en la culpa del facultativo sino en la culpa organizacional, en muchos casos no atribuible a un agente determinado»*, se resalta. Explica la Sala de Casación Civil, que *«los grandes adelantos de la ciencia moderna, el aumento de los aciertos terapéuticos, el uso de nuevas tecnologías, los resultados demostrados por la práctica de la medicina preventiva, el progreso de la medicina de precisión y la terapia dirigida cuando ello es posible, y la masificación del servicio de salud como producto de consumo, han hecho de la medicina una disciplina sofisticada, en la que se han acumulado una enorme fuente de pronósticos, diagnósticos, tratamientos y procedimientos fidedignos según el buen hacer profesional, que la han elevado a los más altos niveles y minimizan el ámbito de lo fortuito porque acrecientan el margen de lo previsible, sin que ello signifique que las circunstancias atribuibles a la fatalidad hayan desaparecido»*. Luego, *«tanto las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud como los profesionales que fungen como agentes suyos, están cada vez más inmersos en un contexto de responsabilidad, porque entre mayor es el saber científico, la actualización de los conocimientos, el poder de predicción de los resultados y el dominio de las consecuencias, se incrementa el grado de exigencia ética y jurídica que se hace a las empresas y agentes prestadores del servicio de salud»*.

En las funciones –o mejor obligaciones- contenidas en la Ley 100, junto con la naturaleza y definición jurisprudencial de la prestación del servicio de salud, estaría la fuente de la responsabilidad médica de las EPS e IPS. De allí, que la Corte señalara en la Sentencia SC 8219 de 2016, que *«la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis compromete la responsabilidad de las EPS y prestándolos mediante contratación con IPS u otros profesionales, son todos solidariamente responsables...»*. Claro está, que si el servicio de salud se enmarca en un sistema complejo en el que influyen varios agentes y la causa del perjuicio se atribuye a la estructura organizacional. A ese entramado de procesos y mecanismos, el análisis no se puede limitar a las categorías de la culpa, el daño y el nexo causal.

**3.3.** Así, en la citada Sentencia SC – 13925 de 2016 se concluyó que el hecho originario de responsabilidad, en caso de presentarse en un contexto en el que confluye un entramado de situaciones complejas en el que se dificulta establecer relaciones causales, máxime cuando se pretende demostrar omisiones, en lugar de acreditar el nexo causal a partir de las explicaciones de razón, deberá imputarse el hecho a un agente y hacerse un juicio de reproche culpabilístico.

#### **3.4. La imputación del daño a la EPS e IPS**

Reconocida la dificultad para acreditar el nexo causal, corresponde hacer entonces un juicio de imputación que va más allá del análisis de la causalidad para ubicarse en el principio de la razón suficiente, a propósito del cual señala dicha corporación:

---

<sup>9</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC 13925 de 2016, 24 de agosto de 2016. MP. Salazar Ramírez.



*«Existe una diferencia fundamental entre el principio de causalidad y el de razón suficiente, toda vez que el primero busca el origen material de un hecho, en tanto que el segundo se pregunta por qué un resultado puede ser atribuido a una acción dentro de un marco de valores preestablecidos. En el primer caso se habla de relaciones causales, en el segundo de explicaciones de razón.*

*(...)*

*De igual modo, es posible endilgar la autoría de un hecho por las abstenciones cuando el agente tenía el deber legal de actuar para evitar una consecuencia dañosa, lo cual no puede ser explicado por una 'causalidad' desprovista de componentes normativos porque las omisiones no son eventos sino ausencia de éstos, es decir que no generan relaciones de causalidad natural. Es un principio general que no hay responsabilidad civil por las inactividades salvo que el demandado se encuentre bajo un deber legal preexistente o tenga la posición de garante respecto de quien sufre el perjuicio».*

Luego, en la búsqueda de esas explicaciones de razón, ante una omisión, el juez puede inferir la existencia de otro hecho según un marco de sentido jurídico que será el que le otorgue validez a dicha correlación, *«[l]as pautas de atribución de un hecho a un agente, en suma, se infieren a partir de los deberes de acción que impone el ordenamiento jurídico, como por ejemplo las normas de familia que asignan obligaciones de ayuda mutua entre los cónyuges; o a los padres, tutores y curadores hacia los hijos u otros sujetos bajo su cuidado; los deberes de protección a cargo del empleador; las obligaciones de seguridad de los establecimientos comerciales y hospitalarios; la obligación de prestación de una atención en salud de calidad que la Ley 100 de 1993 impuso a las organizaciones proveedoras de servicios médicos; las situaciones que consagran los artículos 2343 y siguientes del Código Civil; o las que ha establecido la jurisprudencia, tales como el concepto de “guardián de la cosa”(...)».*

Entonces, como se anunció, el marco de sentido jurídico que permitiría darle validez a la correlación que efectúe el juzgador entre la omisión en la prestación de un servicio de salud y el resultado lesivo en el que se sustenta la demanda de responsabilidad contra una EPS, está precisamente en la Ley 100 de 1993, que contempla a cargo de esas entidades una misión principal de organización y garantía de atención de calidad en salud a favor de los usuarios, *«por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos...»*<sup>10</sup>. Para desvirtuarse el juicio de imputación, es necesario que el accionado demuestre que no se encontraba asignado a su cargo el deber de actuación que se le reprocha.

Comporta aclarar que no es admisible imputársele responsabilidad a todos los agentes singulares que intervinieron en la prestación del servicio de salud, ya que es deber del funcionario judicial *«tomar en cuenta sólo aquellas acciones, omisiones o procesos individuales que según su marco valorativo incidieron de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y cargarlos a la cuenta de aquellos sujetos que tuvieron control o dominio en la producción del mismo. De este modo se atribuye el hecho dañoso a un agente determinado, quien responderá en forma solidaria con la EPS y la IPS, siempre que confluyan en ellos todos los elementos de la responsabilidad civil»*<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC 13925 de 2016, 24 de agosto de 2016. MP. Salazar Ramírez.

<sup>11</sup> Ídem.



### 3.5. El juicio de reproche culpabilístico

La sola atribución del hecho no deviene en responsabilidad, pues la conducta debe ser de aquellas reprochables. Para establecer en este específico caso la acreditación del mentado elemento, nuevamente debe acudir a los principios establecidos en la Ley 100 de 1993 que, según la doctrina citada por la Corte Suprema en la decisión anotada, establecen la *cultura de seguridad del paciente*. Ello es entendido como el esfuerzo organizacional orientado a la salvaguarda del bienestar de los usuarios, lo cual implica que en aquellos casos en que se advierta una infracción u omisión frente a aquellos deberes instituidos a favor del beneficiario, está implícita la culpa de la organización.

En este escenario, corresponde valorar la diligencia y cuidado con los que ha obrado la EPS e IPS en acatamiento de los mentados principios y a las funciones atribuidas en los artículos 177, 178 y 185 de la Ley 100. Entonces, del análisis de la conducta y de las acciones u omisiones organizativas o de las fallas de comunicación del equipo de salud se deducirá si la encargada de garantizar la prestación del servicio de salud procedió como objetivamente se esperaría frente a las necesidades médicas del paciente, y si hay culpa de la entidad. De tal manera que, frente a casos como el presente, es bien relevante el análisis de la condición de organizador que tienen las EPS sin que, por regla general, se admita que los problemas administrativos eximan a aquellas del deber de garantizar la prestación del servicio<sup>12</sup>.

En esa línea de pensamiento se ha precisado que, «...*La culpa de la responsabilidad extracontractual no es un objeto de la naturaleza ni una vivencia subjetiva que pueda ser percibida o sentida, sino que surge de una situación concreta que es valorada a partir de sus posibilidades de realización (como capacidad, potencia o previsibilidad): el reproche civil no radica en haber actuado mal sino en no actuar conforme al estándar de prudencia exigible, habiendo tenido la posibilidad de hacerlo...*»<sup>13</sup>. En suma, la culpa deviene de la falta de prudencia en la obtención de los mejores resultados o por la infracción a los deberes objetivos de cuidado.

### 3.6. El daño jurídicamente relevante

Debe comprobarse también este elemento, pues es principio cardinal que sólo puede resarcirse aquella lesión o menoscabo a un bien que goza de protección constitucional o legal. Es normativo el criterio para establecer el daño: es decir, para que tales repercusiones sean resarcibles, se debieron valorar previamente por el ordenamiento como dignas de protección e indemnización. Ejemplo, daño a la vida en relación, moral, salud o dignidad humana.

El daño, se define por la Sala de Casación Civil como «*todo menoscabo sufrido por la persona en los intereses tutelados, vinculados con su esfera patrimonial o extrapatrimonial, y será indemnizable cuando su causación es imputable a un sujeto distinto al afectado, siempre que sea cierto y personal, condiciones necesarias para su existencia. La certeza atañe a la materialidad de la lesión, puesto que es la real y efectiva conculcación del derecho, interés o valor protegido jurídicamente, ya sea actual o bien potencial e inminente, mas no eventual, de ahí que si está fundado en la posibilidad remota de obtener un beneficio en el caso de que la acción dañina no se hubiere producido será hipotético. Y la exigencia de ser personal implica que sólo el que lo ha*

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC 8219 de 2016. MP. Giraldo Gutiérrez.

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC 13925 de 2016. MP. Salazar Ramírez.



*sufrido debe ser resarcido, sin que impida el ejercicio de la acción indemnizatoria por sus herederos o por los terceros afectados con el daño reflejo»<sup>14</sup>.*

#### 4. Caso concreto

Bajo las consideraciones fácticas y jurídicas expuestas, compete estudiar la demostración de cada uno de los elementos de la responsabilidad que se le atribuye a las demandadas.

##### 4.1. La imputación del daño a los agentes que intervinieron en la prestación del servicio de salud

En este asunto se pretende endilgar a **Saludcoop EPS Organismo Cooperativo en liquidación, Inversiones Clínica Meta SA y Clínica Martha SA** el daño que se originó por la inadecuada e inoportuna prestación del servicio de salud a la señora **María Liliana Zapata Gómez**, quien murió debido a un paro cardiorrespiratorio, según consta en la historia clínica<sup>15</sup>.

Conforme las anotadas premisas jurisprudenciales, en este asunto se establecerá si el resultado fatal que se acreditó en el presente asunto<sup>16</sup> puede ser atribuido al actuar o a las omisiones de las mencionadas entidades y si, a partir del comentado principio de razón suficiente, se logra establecer correspondencia entre el proceder de las demandadas y el fallecimiento de la señora **María Liliana Zapata Gómez**.

**4.1.1.** Lo primero que debe indicarse es que para época en que la señora **María Lilia** acudió al servicio de urgencias, se encontraba afiliada en el sistema de seguridad social en salud, a través de **EPS Saludcoop Organismo Cooperativo en liquidación**, pues, en la página 28, archivo digital 01, reposa la constancia de afiliación como cotizante. Además, fue un hecho aceptado en el escrito de contestación de la demanda, lo cual constituye confesión a voces del artículo 193 del C. G. del P.<sup>17</sup>. De manera que a esa entidad le correspondía garantizar, directa o indirectamente, la prestación integral de los servicios de salud eficiente, oportuna y de buena calidad, conforme lo disponen los artículos 177 y 178 de la Ley 100 de 1993.

**4.1.2.** Sustentado en la prueba documental aportada, se constató que:

a) El 10 febrero de 2012, a las 10:22, la señora **María Liliana Zapata Gómez** fue atendida en el centro de urgencias de **Clínica Martha SA**, por motivo de «*DOLOR DE ESTÓMAGO*». Como enfermedad actual se indicó que la paciente, en estado consciente, refería «*CUADRO CLÍNICO DE 6 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO TIPO CÓLICO IRRADIADO A REGIÓN LUMBAR TIPO PICADA, NO EMESIS, NÁUSEAS, REGULAR TOLERANDO LA VÍA ORAL, NO REFIRIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA, POR TAL MOTIVO CONSULTA*»<sup>18</sup>. Como antecedente, se indicó cálculos renales. Luego, del examen general, se anotó que la usuaria presentaba escleras anictéricas, ruidos respiratorios con campos pulmonares limpios, no signos de dificultad respiratoria, ruidos cardíacos

<sup>14</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia de 21 de enero de 2013, exp. No. 110131030262002-00358-01. MP Giraldo Gutiérrez.

<sup>15</sup> C.1, archivo digital 08, pág. 32.

<sup>16</sup> C.1, archivo digital 8, pág. 34.

<sup>17</sup> C.1, archivo digital 7, pág. 70.

<sup>18</sup> C.1, archivo digital 01, págs. 50-59.



rítmicos, no soplos. Abdomen con ruidos intestinales positivos, no irritación peritoneal, no masas, con dolor en flanco derecho, mucosa oral húmeda, no edemas, sin signos meníngicos, con Glasgow de 15. La impresión diagnóstica fue cálculo urinario. Se formuló diclofenaco sódico solución inyectable por 75 mg, en caso de no ceder el dolor con analgésicos orales. También se prescribió norfloxacina, ibuprofeno, hioscina butil bromuro, tramadol gotas, acetaminofén e interconsulta con urología.

b) Como su estado físico no mejoró, acudió a la **Clínica Llanos**, el 13 de febrero de 2012, a las 10:26. El motivo de la consulta fue «*DOLOR ABDOMINAL BAJO*»<sup>19</sup> y como enfermedad actual se anotó que la paciente había ingresado por cuadro clínico de 3 días de dolor en el abdomen inferior asociado a disuria, polaquiuria, distensión leve abdominal y malestar general. Había acudido a urgencias, le tomaron examen de infección de las vías urinarias y prescribieron analgésicos, pero decía sentirse igual, sin mejoría. No se anotó observación alguna del examen físico. La impresión diagnóstica principal, correspondió a infección de las vías urinarias y, como secundaria, síndrome del colon irritable sin diarrea. El plan terapéutico correspondió a analgesia y se solicitó parcial de orina con sonda. En la formulación se reiteró norfloxacina, gentamicina, ibuprofeno, hioscina butil bromuro, bisacodilo, y supositorio de glicerina.

El cuadro hemático y parcial de orina fue realizado también, cuyos resultados se obtuvieron a las 12:19 y 12:32, en su orden.

c) El 14 de febrero de 2012, a las 11:37, la usuaria reingresó en estado consciente a **Clínica Martha SA**. Como motivo de la consulta, se describió que continuaba mala. Como enfermedad actual, se señaló cuadro clínico de más o menos 4 días de evolución en región de hipogastrio irradiado a región de fosa renal derecha, asociado a fiebre no cuantificada, escalofríos, astenia, adinamia, vomito en varias ocasiones, cefalea global, polidipsia. Manejada inicialmente con norfloxacina por hallazgo de infección de tracto urinario, el cual no toleró, por lo que se cambió la medicación. La nueva consulta se realizaba por persistencia de dolor en hipogastrio anuria, sin otra sintomatología. Se estipuló que tenía paraclínicos con hematuria e infección de tracto urinario. Del examen físico se advirtió mucosa oral seca, deshidratación en grado 2; dolor a palpación en región de hipogastrio y abdomen generalizado, puño percusión renal derecha, más deshidratación grado 2 álgica.

Se diagnosticó depleción del volumen, cálculo del riñón, infección vías urinarias sitio no especificado. El plan terapéutico correspondió en dejarla en observación, sin vía oral, bolo de 1000 Lactato de Ringer continuado a 120cc por hora, ranitidina, metoclopramida, dipirona + hioscina y solicitan cuadro hemático per bun creatinina y parcial de orina con sonda, con orden de ser valorada con resultados<sup>20</sup>.

En evolución de 14:19, se dejó constancia de antecedente de infección de las vías urinarias, manejo ambulatorio con medicación cuyo nombre desconocía; falta de deposición de 4 días, sin flatos, distensión abdominal, náuseas, dolor hipocondrio. Se pasó sonda vesical con diuresis clara, en estado alerta, tranquila ventilada sin disnea. El abdomen con ruidos intestinales disminuidos, distendido, dolor flanco izquierdo hipogastrio, percusión renal derecha positivo. Lo restante sin alteración. Como análisis, se describió que tenía ecografía renal y vías urinarias estudio dentro de límites normales, ch leucos 12400, neutrófilos de 89.6, hemoglobina 11.6, hematocito 35 y plaquetas

<sup>19</sup> C.1, archivo digital 01, págs. 60-66.

<sup>20</sup> Bis, 68-70.



228000. El parcial de orina era sugestivo de infección de las vías urinarias. Se solicitó urocultivo y se inicia cefalotina IV, bolo de 500cc de Lactato de Ringer, continuar con 150cc por hora, ranitidina, se solicitó radiografía de abdomen en bipedestación, dejar en observación y valoración por medicina interna. El diagnóstico correspondió a infección de vías urinarias, sitio no especificado<sup>21</sup>.

En evolución de 17:57, se apuntó radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, distensión de asa gruesa izquierda, no gas en asa delgada, no gas distal. Se dispuso plan de hidratación sonda nasogástrica, potasio, ordena urocultivo, valoración por cirugía y suspender hioscina. Se diagnosticó otras obstrucciones del intestino.

En evolución de 48:48 se dejó constancia de creatinina 7 y bun 67, lo cual se reportó verbalmente por el laboratorio clínico. Se continuó con la hidratación, reposición de pérdida gastrointestinales, valoración por cirugía y remisión a UCI. Si no orinaba 50cc en una hora, debía comunicarse, a fin de controlar la función renal. Como dinámico se señaló otros dolores abdominales y los no especificados<sup>22</sup>.

A las 20:09, en nota por cirujano general, se diagnosticó a la paciente con falla renal aguda, infección de vías urinarias, obstrucción intestinal y deshidratación en corrección. Como antecedente, se señaló que la paciente refería cuadro clínico de hace 5 días de dolor en abdomen generalizado, tipo cólico, irradiado a región posterior intenso; disuria, sin fiebre; no deposiciones de 5 días; y antecedente de urolitiasis. Se manejó con analgésicos, al parecer, buscapina compuesta IV; diclofenaco; ibuprofeno vía oral; se tomó paraclínicos, hace dos días que reportó ligera leucocitosis y neutrofilia leves y sugestivo de infección de vías urinarias; ecografía renal normal. Se dio manejo ambulatorio con gentamicina y vía oral. Como análisis, se hospitalizó el 14 de febrero, para hidratación y se tomaron paraclínicos. Radiografía de abdomen mostraba niveles de hidroaéreos, obstrucción intestinal, se inició hidratación endovenosa, se pasó sonda nasogástrica y vesical. En una hora y media, presentaba 50cc de diuresis, anuria, con gasto urinario 0.4 creatina 7.06, bun 71, hemograma leucos 8200, linf 9.4, n 88,6, hb 10.6 y plaquetas 231000, pcr negativo, gases arteriales mixto, ph 7.42, pco2 32,8, p0s 47, hc03 21,2, con estabilidad ácido básica.

Del examen físico, frecuencia cardiaca de 89, tensión arterial 80/50, con saturación 98% sin oxígeno, mucosa oral semiseca, sonda nasogástrica con drenaje escaso biliosos, cuello móvil sin masas, tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, abdomen abundante, panículo adiposo, leve distensión abdominal, ruidos intestinales positivos escasos, leve dolor a palpación sin irritación peritoneal, sonda nasogástrica con diuresis 50cc, no edemas, pulsos simétricos. Se consideró en el momento cursar infección de las vías urinarias más falla renal aguda probablemente secundario a deshidratación, más medicación nefrotóxica gentamicina más aines, sin descompensación ácido básica, con anuria, hemodinámicamente estable y con tendencia a hipotensión. Se dispuso remisión a UCI, hidratación endovenosa, si mejoraba tensión formar diuresis. Se comentó con nefrólogo, quien consideró iniciar manejo médico y vigilar diuresis. Dependiendo de la evolución, se definiría el requerimiento de diálisis el día siguiente.

---

<sup>21</sup> Pág. 72.

<sup>22</sup> Pág. 74.



Como plan, se anotó monitorización continua, remisión a UCI, Ringer 200cc por hora. Se diagnosticó insuficiencia renal aguda no especificada<sup>23</sup>.

d) En evolución de 00:45 de 15 de febrero de 2012, se refirió leve dolor abdominal, aceptable estado general, frecuencia cardiaca de 89, frecuencia respiratoria de 19, tensión arterial 85/60, saturación O<sub>2</sub> con O<sub>2</sub> con 1 / min, mucosa oral húmeda, rosadas escleras normocrómicas, cuello sin masas, tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, leve distensión en abdomen, dolor a la palpación, no irritación peritoneal, sonda nasogástrica con drenaje, por sonda vesical diuresis de 60cc turbia, no edemas en extremidades y pulsos simétricos.

Paciente con anuria, hemodinámicamente estable, sin sirs, sin dificultad respiratoria, con azoados elevados, fue valorada personalmente por nefrólogo, quien indicó manejo médico tratándose la infección renal aguda ante probabilidad de revertir sola con hidratación y forzar diuresis. Ordenó lactato a 120cc hora y furosemida a 10mg IV C 6 horas. Fue candidata a UCI; de no mejorar de diuresis el día siguiente, considerar necesidad de nuevo concepto de nefrología a definir diálisis. Sin mejoría de diuresis. Como diagnostico se señaló insuficiencia renal aguda no especificada<sup>24</sup>.

En evolución de 8:21 se señaló que la paciente refería dolor lumbar persistente y abdominal generalizado. Alerta, afebril tensión arterial 113/64, frecuencia cardiaca 93, frecuencia respiratoria 18, peso 94, glucometría 64, mucosas rosadas y secas, sonda nasogástrica, tórax ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular conservado, abdomen con abundante tejido adiposo, dolor a la palpación generalizada, rsis, extremidades no edemas, sonda vesical, control en 18 horas, liquidados administrados 3870 líquidos eliminados por sng 170 vesical 420= 590, diuresis 0.34cc/kg/h. Se decidió bolo de 500cc ahora subir líquidos a 150cc hora 40mg IV furosemida posterior bolo y continuar la furosemida a 10mg UV cada 6 horas. Se inició dextrosa, bolo de 200cc hora y se continúa a 40 cc hora. Se señaló como diagnóstico, enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal<sup>25</sup>.

En evolución de 11:54, la paciente refirió dolor abdominal intenso, por lo que se decidió reforzar analgesia, con mejoría de su dolor abdominal. Refirió deposición. Llegó en ese momento reporte de urea 170.3, nitrógeno 79.6, creatinina 6.10, sodio 13, potasio 2.8, cloro 90, pt 15.9, control 15 inr 1.066, ptt 25.9 control 29.2, ch leu 11.6, hb 10.3 hto 30.3 y plaquetas 222000. Paciente afebril, tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca de 90, mucosas pálidas y húmedas, tórax rscsrsm conservado, abdomen blando, depresible, rsis disminuidos de intensidad y frecuencia. Se decide a las 11am reposición de potasio, diuresis en 5 horas, 400cc y continuó manejo instaurado. Se solicitó control de ionograma y azoados a las 5pm y control de estos a las 5am del día siguiente. Se diagnóstico dolores abdominales y los no especificados<sup>26</sup>.

En atención de 12:32, se dejó constancia que la paciente había tenido urolitiasis e infección de las vías urinarias, para lo cual recibió gentamicina más aines, presentando dolor abdominal y oliguria, documentándose insuficiencia renal aguda. Había estado con vomito, dolor y distensión abdominales. Se documentó cr 7 que baja a 6, con potasio de 2.8. refiere sed intensa, frecuencia respiratoria 22, frecuencia cardiaca 90, pas 100/70,

---

<sup>23</sup> Pág. 76.

<sup>24</sup> Pág. 78.

<sup>25</sup> Pág. 80.

<sup>26</sup> Pág. 82.



mucosas secas, abdomen distendido, no edemas, de resto normal, ecografía renal normal. Como análisis se anotó insuficiencia renal aguda pre renal y renal por deshidratación más aminoglucósidos y aines infección de vías urinarias. Como plan, se dispuso a hospitalizar, lev 500cc por hora por 4 horas luego 200cc por hora más control, antibiótico, control diario de nitrogenados y líquidos libres por vo. Se diagnosticó infección de vías urinarias sitio no especificado<sup>27</sup>.

A las 12:39, nuevamente fue valorada por cirugía general, cuyo especialista la encontró afebril, tensión arterial de 100/60, frecuencia respiratoria 18, frecuencia cardiaca 80, mucosas pálidas y húmedas, abdomen blando, depresible, no masa, con dolor a la palpación generalizada, risis disminuidos de frecuencia e intensidad. Como análisis, se consideró Íleo paralítico secundario a hipocalcemia y abdomen agudo. Se cerró interconsulta por cirugía y dispuso manejo por medicina interna y nefrología, Se diagnosticó Íleo paralítico<sup>28</sup>.

En observación de las 14:13 se anotó mucosas seca, ventilada, disnea, distensión abdominal, dolor a la palpación, difuso profunda. extremidades normales, neuro sin déficit. Se dispuso hidratación IV ya indicada, continuar 200cc con potasio, 4mea h, magnesio, por dolor meperidina 30 mg, continuar manejo por medicina interna y nefrología. Se diagnosticó insuficiencia renal aguda con necrosis tubular<sup>29</sup>.

A las 15:52, se registró distensión abdominal, dolor luego de 2 dosis de meperidina. Se ordenó como plan, por distensión, de nuevo sonda nasogástrica, por otra vena, potasio 4 meah, al terminar bolo de 2lt. Por esta vena potasio, 4meq para 8 meqh, continuar 200 cc lev h. Suspendir furosemida porque la paciente requería hidratación, aumentar volumen líquidos corporales, y esta aumenta perdida líquidos y además genera hipocalcemia. Se inicia diurético si hay signos sobre carga hídrica. Se diagnosticó enfermedad renal tubulointerstitial no especificada<sup>30</sup>.

e) Como nota retrospectiva de 16 de febrero de 2022, a las 6:50, se atiende llamado de enfermería, paciente con dolor abdominal a nivel de epigastrio, afebril, normohidratada, algida, hemodinámicamente estable, taquipnea, con dolor a la palpación a nivel de hemiabdomen superior, no sip. Se prescribió buscapina compuesta ampolleta IV, ahora lenta y diluida + ranitidina ampolleta por 50 mg IV ahora rom igual. Se diagnosticó otros dolores abdominales y los no especificados.

En valoración de las 13:54, se dispuso como objetivo disminución de sed. Se indicó que cedió dolor abdominal, deposición y diuresis. Frecuencia cardiaca 80, respiratoria 20, presión arterial 130/70, abdomen blando sin dolor de rebote, cr 4.4. Análisis de infección de vías urinarias más deshidratación e infección de vías respiratorias en mejoría. Se dispuso igual tratamiento y control de laboratorio. Se diagnosticó infección de vías urinarias sitio no especificado<sup>31</sup>.

Médico atiendo el llamado de 18.33. En ese momento la paciente presentaba ta 110/60, fc 84, fr 22, saturando 91% con Venturi al 35%, mucosas húmedas, ruidos cardiacos rítmicos, ruidos respiratorios sin agregados, abdomen globoso por abundante panículo adiposo, no había sino dolor a la palpación en flancos derecho, ruidos intestinales

<sup>27</sup> Pág. 82.

<sup>28</sup> Pág. 84.

<sup>29</sup> Pág. 84.

<sup>30</sup> Pág. 86.

<sup>31</sup> Pág. 88.



presentes, extensión edema grado I de miembros inferiores, pulsos de adecuada intensidad y amplitud, neurológico sin déficit. La paciente con infección de vías urinarias por parcial de orina sugestivo de infección de vías urinarias se llama al laboratorio donde informan que hay E. coli 1.000.000 unidades formadoras de colonias multirresistente en primer antibiograma. Se dispone ertapenem 1 gr IV ahora continuar mg IV cada 24 horas, suspender cefalotina, resto de ordenes iguales, ss ch por creatinina bun, ionograma, meperidina 50 mg iv. Como diagnostico se señaló insuficiencia renal aguda no especificada e infección de vías urinarias sitio no especificado<sup>32</sup>.

A las 20:14, se encontró a la paciente ansiosa, saturando 83% con leves signos de dificultad respiratoria, frecuencia cardiaca 100, tensión arterial 130/70, temperatura 38 grados centígrados, por lo cual se colocó Venturi al 50%, se aplicó dipirona 2gm iv, se solicitaron gases arteriales, cuadro hemático y radiografía de tórax. Se diagnosticó fiebre no especificada.

En evolución de 23:53, se señaló que la paciente fue aceptada por el médico Villanueva en la UCI de Inversiones Clínica Meta SA. En ese momento, la usuaria se encontraba consciente, alerta, hidratada, con ta 120//80, frecuencia respiratoria 20, sao2 88%, mucosa oral húmeda, ruidos cardiacos, distensión abdominal, extremidades simétricas, neurológico sin déficit. Se dispuso plan de salida para la UCI<sup>33</sup>.

**f)** La afiliada fue recibida en **Inversiones Clínica Meta SA**, el 17 de febrero de 2022 a la 1:10am. Se indicó como motivo de la consulta, remisión de **Clínica Martha SA** por falla ventilatoria. Como enfermedad actual, se registró ingreso a la UCI por presentar 5 días de evolución consistente en dolor abdominal generalizado tipo cólico distensión que se irradia región lumbar, síntomas urinarios, no fiebre. Se impartió tratamiento ambulatorio, hemograma con leucocitos y neutrofilia leve. Reconsulta por persistencia de sintomatología, la hospitalizaron y presentó deterioro de la clase funciona hasta llegar a la falla ventilatoria por lo que remiten a unidad de cuidados intensivos.

En el examen físico se anotó ta 130/85, fc132, fr23, temperatura 39.90, So2 76, peso 100 kl, talla 163, IMC 37.64, sp. Corp 2.30 y Glasgow 9. De la inspección general, se encontró en malas condiciones generales, insuficiencia respiratoria que evolucionaba hacia la falla respiratoria; no soplos, agregados sin SDR, estertores escasos taquicardia sinusal; en el área pulmonar estertores diseminados escasos, sibilancias audibles en base de acp; en abdomen abundante panículo adiposo por obesidad, distensión abdominal, risi disminuidos; sonda vesical azoados elevados, diuresis espontanea; alerta, despierta, encefalopatía; y sin cambios en la piel. Se diagnosticó insuficiencia respiratoria aguda, fiebre persistente, septicemia no especificada, infección de vías urinarias sitio no especificado, insuficiencia renal aguda no especificada y obesidad no especificada.

En el análisis se indicó que la paciente ingresaba en malas condiciones generales, soporte ventilatorio con Venturi al 50%, marcado esfuerzo respiratorio músculos accesorios SAO2 de apenas 88-90%, con fiebre y taquicardia marcada con temperatura de 39.9 grados, fc 132. Se inició de no invasivo, pero, al no responder, dispuso protocolo de intubación previa sedación y analgesia. Hemograma con leuc 8200, neutrof 86.1%, linfocit 9.4gr, 4b 10.6gr dto, bun 71mg, creatinina 7.06mg. En malas condiciones generales, deterioro respiratorio, estado séptico de origen por establecer, falla renal aguda

---

<sup>32</sup> Pág. 88.

<sup>33</sup> Pág. 90.



con creatinina 7.06mg. Se realizó IOT, se solicitaron estudios paraclínicos, radiografía de tórax, ecografía renal y demás paraclínicos<sup>34</sup>.

Se ordenó el suministro de solución salina, midazolam, fentanilo citrato, omeprazol, furosemida, bisacodilo, heparina, dipirona, acetaminofén y potasio de cloruro<sup>35</sup>.

A las 2:03, se dispuso cultivo de secreción Orotraqueal N1, hemocultivo No. 3, y urocultivo N1. A las 2:07, se interrogó a familiares de la paciente, quienes informaron que ésta había presentado urolitiasis en el 2009, con tratamiento láser en Bogotá<sup>36</sup>.

En evolución de 3:04, se indicaron secreciones moco amarillas y purulentas en regular cantidad. Se tomó cultivo de secreciones, pendiente de reporte, más toma de gases arteriales que reporta acidosis metabólica con moderado trastorno en la oxigenación. Se aumenta Peep a 10 con FIO2 al 50%. Tratamiento sin complicaciones.

A las 6:14, se formuló oxigenoterapia<sup>37</sup>.

En nota de enfermería de esa fecha, a las 3:00 se anotó del mal estado general neurológico, bajo sedo analgesia con cambios, ventilación funcional, hemodinámicamente taquicárdica, febril. A las 4:00 se inició potasio a 6 meq, sin cambios en su estado. A las 5:00 se tomó glucometría de control y radiografía de control. A las 6:00, no presentó cambios y se pasó sonda orogástrica. A las 7:00, quedó en mal estado general bajo sedoanalgesia, ventilación funcional SPO2 normal, leve trabajo respiratorio, hemodinámicamente febril, taquicárdica, pendiente radiografía de vías urinarias<sup>38</sup>.

A las 8:14 el médico tratante ordenó ecografía de vías urinarias portátil. A las 8:43, se reiteró la prescripción fármaco, con adición de polimérica alta densidad calórica, susp oral<sup>39</sup>.

Se ordenó consulta con intensivista de turno, médico Villegas a las 8:49. En esa oportunidad, se anotó como análisis, paciente en malas condiciones generales, hemodinámicamente estable, no apoyo inotrópico o vasopresor, en ventilación mecánica. Se evaluó nota de remisión, encontrando que la paciente inicialmente cursaba episodio de dolor abdominal con distensión, además de pseudoobstrucción. Le realizaron en la Clínica Martha SA urocultivo cuyo reporte mostró presencia de una E. coli multirresistente 1.000.000 ufc a antibióticos de primer orden, sensible a ertapenem, por lo que se inició tratamiento hasta completar esquema iniciado en el día anterior, dada la sensibilidad del germen a este tipo de diagnóstico. Se indicó, adicionalmente, ertapenem 16 polv iny.

A las 10:06, fue valorada por nutricionista, en la que se indicó la necesidad de nutrición entera por sonda para cubrir los requerimientos nutricionales y metabólicos. A las 10:18 es valorada nuevamente por medicina general. Reiterando la formulación prescrita hasta el momento.

A las 10:35, le fue puesto catéter. A las 11:06, se realiza nueva terapia respiratoria. En terapia respiratoria de 17:37, se reiteran las malas condiciones generales de la paciente,

<sup>34</sup> C.1, archivo digital 07, págs. 106-107.

<sup>35</sup> C.1, archivo digital 07, pág. 108.

<sup>36</sup> Bis, 109.

<sup>37</sup> Bis, 110.

<sup>38</sup> Bis, 111.

<sup>39</sup> Bis, pág. 113.



con soporte ventilatorio, bajo sedo analgesia, hemodinámicamente inestable, febril, se realizó percusión, aceleración de flujo, succión con escasas secreciones por tubo, regular por nariz y boca, más higiene bucal, tratamiento sin complicaciones<sup>40</sup>.

En evolución de 20:34, se anotó cuadro hemático de 15300 leucocitos 90 PMN HB9.7 VCM 83 flic, plaquetas 204000, PT 15.3/14.2 PTT 27.8-39.5 bun 76, creatinina sérica 3.27 mgrs, na 145, potasio 3.45, ca 4.38, cl 107 PdeO densidad 1020, proteínas 30mgr, sangre 20, leucos 2-5, hematíes 15-20, bacterias 2+. Como análisis, se indicó falla ventilatoria secreción a edema pulmonar con IRS en proceso de recuperación se aumenta diurético de esas reposiciones con Ringer y monitoreo de la función respiratoria y renal. Posiblemente el dolor abdominal se trataba de una IVU complicada con litiasis<sup>41</sup>.

Se realizó valoración de 23:03 y 10:26 del 18 de febrero de 2022. En esta última, se anotó como análisis, el mal estado con persistencia de la respuesta inflamatoria y compromiso multiorgánico y coagulopatía. Se ordenó transfundir 6 UI de plasma. Se solicitó concepto de cirugía general, quien programa para laparotomía exploratoria, dado cuadro de 8 días de dolor abdominal que no mejoraba con antibióticos y analgésicos. Persistencia de dolor abdominal pese a la sedoanalgesia, se informa a los familiares, se continúa plan terapéutico y pronóstico reservado<sup>42</sup>.

A las 12:45, se trasladó a la paciente a sala de cirugía<sup>43</sup>. A las 14:17 se hace descripción quirúrgica. El diagnóstico de ingreso fue abdomen agudo; de salida, apendicitis perforada con peritonitis generalizada. Se describió como procedimientos apendicectomía más drenaje de peritonitis generalizada y lavado peritoneal terapéutico - enterorrafia. Se halló apendicitis necrótica en toda su extensión y perforada en proceso de reabsorción, abundante pus y materia fecal en toda la cavidad con membranas fibrinopurulentas firmes y laxas difícil de desprender intestinos dilatados y ciego dilatado. La patología correspondía a apéndice cecal.

Se describió incisión de laparotomía supra e infraumbilical por planos hasta llegar a la cavidad con los hallazgos descritos. Se procedió a retirar apéndice necrosada, pinzándola en la base y ligándola con seda 2-0 y seccionándola. Se procede a pasar puntos de vicryl e invaginado el muñón apendicular se procede a liga con seda 2-0 la arteria apendicular. Se drenó la peritonitis generalizada y se tratan de retirar las membranas fibrinopurulentas para dejarla lo más limpio posible. Se lava con abundante ssn y se colocan puntos sero – serosos en el intestino delgado el cual se encuentra con el ciego muy dilatados. Se secó la cavidad y se colocó la bolsa de laparotomía fijándola con prolene 0<sup>44</sup>. A las 14:30 se trasladó a la paciente a la UCI, laparostomizada, con sonda vesical Foley a cistoflo<sup>45</sup>.

A las 18:23, se diagnosticó falla ventilatoria tipo I, shock séptico de origen urinario y abdominal, infección urinaria por E. coli, peritonitis generalizada, apendicitis aguda, insuficiencia renal aguda no oligúrica, disfunción hepática, coagulación de consumo, obesidad.

Se realizó una revisión constante y se tomó nota periódica de la evolución de la paciente.

---

<sup>40</sup> Pág. 121.

<sup>41</sup> Archivo digital 01. Pág. 102.

<sup>42</sup> Archivo digital 07, págs. 129-130.

<sup>43</sup> Pág..132.

<sup>44</sup> Págs. 134-135.

<sup>45</sup> Pág. 136.



**g)** El 19 de febrero de 2022, a las 10:25, fue llevada a sala de cirugía para lavado peritoneal terapéutico, lo cual se realiza hasta las 11:30.

A las 12:30 se realiza terapia respiratoria. A las 12:50 se realizó nota de enfermería; a las 18:02, valoración por médico general; a las 18:08, de nuevo terapia respiratoria; a las 18:55, nota de enfermería que detalló los signos vitales y cada una de las atenciones brindadas a la paciente.

En análisis de 19:14 se señaló el mal estado general de la paciente con bradicardia sostenida, extrasístoles con electrolitos dentro del rango normal, deterioro de su estado hemodinámico, en mal estado general con mal pronóstico<sup>46</sup>.

Hubo formulación a las 19:42, terapias respiratorias a las 22:57, 2:40 del 20 de febrero.

A las 9:47 se registró evolución de nutrición. En la evolución del día, de 10:12, se anotó en el análisis las malas condiciones de la paciente, deterioro hemodinámico con nutrición con altos residuos. Se prescribió metoclopramida, además se cambiaron líquidos de base por hipernatremia. Mal pronóstico vital, en el último lavado no se encontró infección alguna con antibioticoterapia, disminución de leucocitosis. A la espera de transfundir y cambiar líquidos<sup>47</sup>.

**h)** El 20 de febrero de 2012, a las 4:53 se realizó nuevamente laparostomía, drenaje peritonitis, apendicectomía por peritonitis severa difusa. Se anotó sepsis severa por síndrome de infección respiratoria aguda. Se retiró viaflex, se hizo desbridamiento de piel más membranas múltiples de intestino de espacios subfrénicos más pelvis. Se ordenó continuar manejo por UCI, antibióticos según cultivo e iniciar nutrición por goteo continuo.

A las 20:23, se registró el mal estado general por parte del médico general, deterioro multiorgánico con multisoprote, hipotensión marcada a pesar de soporte inotrópico y vasopresor, tratamiento antibiótico conjunto de alta escala. Se continuó en la unidad con ordenes médicas establecidas, con vigilancia hemodinámica, pésimo pronóstico vital, se encontraba transfundiendo otra unidad de gre y se ordenó paraclínicos de control<sup>48</sup>.

**i)** En nota de enfermería de 6:55 de 21 de febrero, se describió con detalle el tratamiento recibido. Con precisión que a las 21:00 se encontraba en mal estado a pesar de inotropia a altas dosis hipotensa. Se avisó al médico general, quien ordenó administrar bolo de Ringer de 500cc, continuaba febril, se realizó baño en cama, se hidrató, recibió masaje y cambia de posición. A las 22:00, se encontraba en mal estado neurológico, déficit respiratorio moderado SPO2 normal, hemodinámicamente inestable, lev permeables, se inició transfusión de unidad de glóbulos rojos, se intentó canalizar línea arterial, pero por su obesidad no se logró. A las 23:00, se registró la transfusión sin problemas.

En valoración por medicina interna de 21 de febrero de 2012, a las 10:41, se observó mal estado general, con deficiencia multiorgánica, séptica, laparostomizada, el lavado anterior con peritonitis residual se transfundió además hemoderivados, sería llevada de nuevo a sala de curugú, requería doble de inotropia, se montó línea arterial y se montaría vigileo para definir inotrópicos. Se dejó con solución al medio a 200cc por hora. Se

<sup>46</sup> Págs. 155-156.

<sup>47</sup> Archivo digital 08, Págs. 5-6.

<sup>48</sup> C.1, Archivo digital 08, pág. 16.



suspendió potasio, se adicionó alitraq por sonda avanzada. Se cambiaron antibióticos por solo meropenem<sup>49</sup>.

A las 21:00, se señaló pésimo estado general, continuaba hemodinámicamente muy inestable con choque refractario con requerimiento de soporte inotrópico y vasopresor a dosis máximas. Sin embargo, hipotensión severa por lo cual fue necesario tercer inotrópico con vasopresina, adecuadas presiones de llenado derechas; acoplada al ventilador; euglucémica se inició soporte nutricional enteral sin embargo por choque severo no consideraba buena tolerancia. Neurológico bajo sedación RASS-4, continuaba febril, se cambió esquema antibiótico, continuó oligúrica, hipernatremia severa, manejo solo al medio se aumenta aporte hídrico. Se continuó manejo en UCI con multisoprote y pésimo pronóstico vital<sup>50</sup>.

j) En anotación de las 2:31 del 22 de febrero de 2012, se indicó parada cardíaca con ritmo de asistolia previamente con triple inotropía a dosis máximas con respuesta refractaria. De inmediato se iniciaron maniobras básicas de reanimación sin respuesta durante 15 minutos. Se declaró la muerte clínica a las 2:15<sup>51</sup>.

**4.1.3.** Además, de la descrita historia clínica, aportó el análisis de dicho instrumento, realizada por médico cirujano – auditor médico **Vladimir Romero** de Servimedicos SA, quien expuso que la paciente había fallecido *«por una mala práctica e interpretación del análisis de un dolor abdominal que desde su primer ingreso a la sala de urgencias se manifestaba como dolor abdominal muy seguramente con apendicitis que si se hubiera manejado a tiempo se hubiera evitado que perforara y se convirtiera en peritonitis. Causa que desencadenó falla renal y posterior deceso de la paciente»*.

Así mismo, en el curso del proceso, el **Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario** practicó dictamen pericial solicitado por la parte actora, a través del médico y especialista en cirugía general de la Universidad del Rosario, profesor de cirugía de esa institución, **Jairo Hernán Ortega Ortega**, quien luego de describir la atención de las IPS demandadas y de Clínica Llanos, señaló que en retrospectiva, *«la mejoría, a pesar de los tratamientos instaurados, y el deterioro progresivo debieron alegar para solicitar nueva valoración a cirugía general o la realización de una Tomografía Axial Computarizada de abdomen, aunque sabemos que requiere medio de contraste y con la IRA que tenía, sin protección o diálisis no se hubiera podido realizar. Vuelvo y repito, retrospectivamente hablando»*<sup>52</sup>.

En lo que atañe a la atención brindada por **Inversiones Clínica Meta SA**, expuso que el manejo fue adecuado e indicado; *«fue llevada a cirugía en el momento que se sospechó que la paciente podía estar presentando abdomen agudo quirúrgico. La cirugía fue la adecuada, al igual los lavados peritoneales terapéuticos que le realizaron»*, agregó que *«[1]a atención medico quirúrgica, prestada a la paciente en la ICMeta, fue acorde con las guías que se promulgan para estas enfermedades y adecuada para las patologías que presentó la paciente»*.

<sup>49</sup> Pág. 21.

<sup>50</sup> Bis, 28.

<sup>51</sup> Pág. 32.

<sup>52</sup> Archivo digital 70.



## 4.2. Imputación a Clínica Martha SA

La responsabilidad endilgada se sustenta en el errado diagnóstico y tratamiento, pues, desde esa primera atención, debió advertirse que se trataba de una apendicitis, cuyo inadecuado servicio conllevó a la muerte de paciente.

**4.2.1.** Como respaldo de esa atribución, en el dictamen pericial rendido por **Vladimir Romero** se indica que en el servicio brindado por la institución «*no se envió hidratación con líquidos endovenosos y se debió enviar cuadro hemático para tener en cuenta el protocolo de dolor abdominal según las guías del ministerio de protección social o salud. Se enmascaró el dolor abdominal al aplicarse el diclofenac x 75 mg im. Se debió realizar una previa hidratación con líquidos endovenosos sin analgesia*».

Con respecto a la atención de 14 de febrero, la paciente presenta «*cuadro clínico de 4 días de evolución de dolor abdominal que se localiza en hipogastrio y se irradia a dolor en fosa iliaca derecha, SIGNO EVIDENTE DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA PARA PENSAR EN UNA APENDICITIS VS PERITONITIS*». Luego de las atenciones brindadas por esa institución, adujo que de la historia clínica se leía «*donde se resaltó con marcados verde, que el cirujano interpreta que por la formulación en varias ocasiones de aines o analgésicos se enmascaró el cuadro clínico y la utilización de gentamicina ampolla im diaria para la infección de vías urinarias, no se tuvo en cuenta solicitar previo análisis de perfil renal como lo son los exámenes de bun y creatinina, conllevaron a una medicación nefrotóxica que la significa falla renal la produjeran estos medicamentos. Motivo por el cual dependió una de las causas de su falla renal e insuficiencia renal y posible causa de su deceso*»<sup>53</sup>.

Al respecto, sea lo primero indicar que dicha experticia no cumple con los requisitos mínimos listados por el artículo 226 del Código General del Proceso, por lo que carecen de todo valor demostrativo las conclusiones que contiene, a voces del canon 232 del mencionado estatuto procesal. Debe tenerse de presente que el dictamen pericial no fue elaborado por un auxiliar de la justicia designado por este juzgado, pese a que así lo imponía el artículo 9 del Código de Procedimiento Civil, norma vigente para la fecha en que se aportó al proceso: esto es, para el 22 de mayo de 2014 (A. 02). Ahora, si se pretendiera aplicar la normativa que hoy rige, para que la prueba tenga mérito persuasivo resulta forzoso que se ajuste a los presupuestos del aludido canon 226.

Además, útil resulta indicar que la valoración del material de convicción allegado al proceso debe realizarse con fundamento en las normas vigentes, “*pues, a los medios ya decretados, practicados o incorporados, en punto a su valor persuasivo los cobija la nueva normativa, si aún no se ha surtido el acto de ponderación*”, según lo reiteró la Corte Suprema de Justicia en la providencia STC17804-2017, proferida el 31 de octubre de 2017.

Con esas consideraciones, no se indicó «*[l]a profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen...*»; ni se anexaron «*los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística*»; no se allegó «*la lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años*»; no informó «*si ha sido designado*

---

<sup>53</sup> Archivo digital 01, págs. 18-22.



*en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen»; «si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente»; no declaró «...si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias» y «...si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio». Todo lo anterior, son requisitos mínimos previstos en los ordinales 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del precepto 226 del referido Código General del Proceso.*

Tales requisitos resultaban forzosos a fin de acreditar la calidad, imparcialidad e idoneidad del experto que efectuó el trabajo. Además, no puede ignorar la finalidad de dicha norma, dirigida a que el funcionario judicial, previo a estudiar los fundamentos técnicos, científicos o artísticos emitidos, debe saber quién elaboró la experticia, conocer su preparación y la práctica que lo respalda. Así las cosas, ante la falta de certeza de la idoneidad del profesional, la decisión que aquí se adopte no podrá tener como sustento el referido instrumento aportado.

Si en gracia de discusión se hubiesen acatado las formalidades descritas líneas atrás, no sería posible advertir la falla médica que se endilga a la institución, pues el perito omitió emitir concepto frente al diagnóstico presuntivo de litiasis renal y cálculo renal, ni señaló cómo debía tratarse este tipo de padecimientos. Es más, se ciñó a indicar que el analgésico, pese a los dolores que sufría la paciente, enmascaró la apendicitis. Sin embargo, no explicó su dicho, pues lo que encuentra a lo largo de la historia clínica es que los médicos tratantes en cada valoración anotaban la persistencia del dolor abdominal. De esa forma, esa situación es insuficiente para inferir que el tratamiento con analgesia privara a los demás galenos de tener conocimiento de esa sintomatología. Finalmente, el experto menciona las guías de Ministerio de Salud y Protección Social, pero no precisó a cuáles y la conducta que las mismas establecen.

Ahora, pese a que, desde el 13 de febrero de 2012, se había realizado un cuadro hemático y parcial de orina por parte de Clínica Llanos<sup>54</sup>, no le mereció estudio alguno los resultados, muy a pesar de que tales laboratorios los echó de menos en la atención de 10 de febrero de 2012.

Señaló que del texto de la historia clínica se podía advertir cómo el cirujano interpretaba que, por la formulación en varias ocasiones de aines o analgésicos, se enmascaró el cuadro clínico. Empero, desatendió el deber de realizar mayor análisis o sustento para dar credibilidad a su dicho. También se refirió a la medicación nefrotóxica, lo cual, en su sentir, significaba que la falla renal la produjeron los fármacos prescritos, motivo por el cual devino la falla renal e insuficiencia renal y posibles causas de su muerte. No obstante, omitió dar explicación sobre el particular, en el sentido de precisar qué debió formularse y las concentraciones. Olvido que desvirtúa la exhaustividad, precisión y calidad del dictamen.

Los reparos efectuados por el experto frente a la atención brindada a la paciente no tienen sustento que permita otorgarles credibilidad. Existe un claro reproche de las hipótesis diagnósticas, pero sus juicios no se apoyan en conceptos científicos que permita a la

---

<sup>54</sup> Archivo digital 01, pág. 64.



jurisdicción comprobar que los profesionales tratantes se apartaron de los criterios médicos.

Considera el despacho que no resuelta suficiente traer al proceso el criterio de otro profesional de la salud para concluir que la parte demandada incurrió en un error, pues es forzosa la demostración que la conducta de los galenos tratantes contravino esa ciencia. En materia de responsabilidad profesional médica, solo es posible atribuir un daño en la medida de la comprobación que los galenos se apartaron de la *lex artis*. En este asunto ello no se logró.

Así las cosas, las aseveraciones realizadas por el experto frente a las referidas omisiones por parte de los profesionales de la salud no tienen la fuerza demostrativa necesaria para concluir que las demandadas se apartaron de la cultura de la seguridad de la usuaria. Contrario a lo afirmado por la parte actora, no se infiere que se eliminara a la aquella la posibilidad de recibir un servicio acorde con la situación en la que se encontraba.

**4.2.2.** Además, en el dictamen pericial practicado en el curso del proceso, el médico y especialista en cirugía general **Jairo Hernán Ortega Ortega** señaló que la señora **María Liliana** consultó por cuadro clínico de abdomen agudo, que es un dolor de inicio súbito, que con el paso del tiempo o con el uso de analgésicos comunes o medidas caseras no mejora y obliga a que el paciente acuda al servicio de urgencias. Explicó que puede ser o no quirúrgico. Ello dependía de la causa que lo produjera, además su origen era intraabdominal o extraabdominal. Señaló que el enfoque dado inicialmente estaba influenciado por el antecedente de urolitiasis, que eran cálculos en las vías urinarias presentados en el pasado. Se sumó la hematuria y sintomatología que indicaba posibilidad de infección urinaria, corroborada con el urocultivo en el cual crecieron bacterias E. Coli, en una proporción que confirmaba la infección, al existir más de 1.000.000 unidades formadoras de colonias. En las valoraciones iniciales de cirugía general no detectaron hallazgos clínicos de signos de irritación peritoneal que hicieran sospechar abdomen agudo quirúrgico, tanto así que se cerró la interconsulta.

Expuso que, con esos datos, el caso se manejaba con analgésicos y antibióticos, lo cual parecería apropiado e indicado, según la interpretación médica inicial que se dio al cuadro clínico y paraclínico, sumado a la insuficiencia renal aguda, que podría explicar lo complicado que se iba tornando la paciente. Además, que ese tratamiento pudo enmascarar el cuadro clínico que realmente padecía.

Concluyó el especialista que, en retrospectiva, *«la mejoría, a pesar de los tratamientos instaurados, y el deterioro progresivo debieron alegar para solicitar nueva valoración a cirugía general o la realización de una Tomografía Axial Computarizada de abdomen, aunque sabemos que requiere medio de contraste y con la IRA que tenía, sin protección o diálisis no se hubiera podido realizar. Vuelvo y repito, retrospectivamente hablando»*<sup>55</sup>. Pese a indicar la necesidad de una nueva valoración o realización una TAC de abdomen, señaló el requerimiento de medio de contraste y la insuficiencia renal aguda sin protección ni diálisis, no se hubiera podido realizar.

En el interrogatorio practicado en la audiencia celebrada el pasado 10 de agosto, el experto designado por la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, médico especialista en cirugía general, detalló sus estudios y experiencia profesional relacionada con la especialidad. Reiteró que el cuadro clínico de abdomen agudo lo podía producir

---

<sup>55</sup> Archivo digital 70.



múltiples causas, no solo por apendicitis. Incluso, intra abdominal o extra abdominal. El cálculo urinario era una de las causas, al originarse en una estructura que estaba en la parte posterior del abdomen.

Al pedirle que precisara qué quiso decir en el ordinal 10 del dictamen, en el que indicó haber realizado un análisis en retrospectiva, señaló que se trataba de un estudio efectuado sobre algo que sucedió anteriormente, que es evaluado de adelante hacia atrás. Allí se daba cuenta que a pesar del tratamiento dado a la paciente no mejoraba, por lo que debía buscarse otra cosa, necesitaba una nueva revaloración, o realizar un examen subjetivo, como una tomografía computarizado de abdomen, que hubiese ayudado mucho. Sin embargo, de tal expresión y del contenido del dictamen pericial no es posible inferir que el diagnóstico inicial de la infección de las vías urinarias fuese errado y que hubiese conllevado a adoptar un tratamiento alejado de la ciencia médica. Era un asunto para considerar por parte de los médicos tratantes, pero ello no logra poner en entredicho la pericia o preocupación por determinar el diagnóstico y, de paso, la mejoría del paciente.

Por el contrario, refirió que la infección de las vías urinarias fue confirmada porque tenía un urocultivo con más de 1.000.000 de unidades formadoras de colonia e coli. Tal diagnóstico, confirmado con el estudio de laboratorio, fue tratado por parte de los médicos con antibióticos, en aumento del espectro. Para el manejo del dolor, los analgésicos prescritos eran los que de ordinario se utilizaban. Explicó haberse realizado un diagnóstico de urolitiasis, que correspondía a cálculos urinarios, el cual era un antecedente, y que generaba un dolor muy intenso, difícil de tratar y que una de las premisas era su manejo.

Incluso, al preguntársele respecto de la dificultad que generaba el sobrepeso en el diagnóstico de apendicitis, señaló que, en la mujer, cuando existía dolor abdominal, había que tenerse en cuenta las patologías ginecológicas, lo que no pasaba con el hombre, pues en estos eran de más fácil diagnóstico. Pero tanto la mujer como el hombre que tuviera obesidad mórbida, era más complejo en un momento dado evaluar el abdomen, incluso en estudios imagenológicos, al dificultar el hallazgo, por lo que requería realizar una tomografía axial computarizada de abdomen.

Dio a conocer de la necesidad de tener en cuenta todos los factores anteriormente referidos. Cada uno de esos aspectos influían. Refirió cómo si se veían unos antecedentes que podían influir en el dolor abdominal y, además de eso, existía un examen de orina que *«mostraba objetivamente la presencia de una infección urinaria»*, en ese momento podía colegir que la paciente estaba cursando una infección urinaria. Preciso que no todos los cuadros en medicina se presentan de forma semejante, no todo se presenta matemáticamente. Si había signos que no aparecían, debía apoyarse en examen diagnósticos.

El experto confirmó que los analgésicos sí pudieron enmascarar el cuadro de apendicitis. Mas no es posible con esa afirmación enrostrar a las entidades demandadas la pretendida responsabilidad, dado que las conclusiones del perito se deben analizar de manera sistemática y no de forma aislada. Allí se hizo referencia a que pudo ocultar lo patología que presentaba la usuaria, pero ello no quiere decir que la infección tratada no existiera o que se estuviera en presencia de un error de diagnóstico. Muy por el contrario, reveló que para realizar el diagnóstico debía mirarse las partes más objetivas. Con el propósito de explicar esa afirmación, señaló que los cálculos de las vías urinarias no tenían como respaldo un examen, pero se documentó por el fuerte dolor e influenciado por el



antecedente, pues ya los había sufrido. No refirió que esa conducta desconociera los estudios o la práctica médica. Es más, indicó:

*«Pero además de eso tengo algo muy objetivo, que es el examen de orina. Y no solo es un parcial de orina, donde puede decir que hay un aumento leucocitos, están aumentados los nitritos, hay bacterias, entonces de pronto es una infección urinaria. No. Este examen era mucho más específico para determinar si había realmente infección urinaria o no. Este examen era urocultivo, donde es ese cultivo de la muestra de orina donde crecen bacterias en una proporción importante, ese 1.000.000 de la formadora de colonias de bacterias, es algo muy objetivo donde me lleva a mí a decir ella tiene una infección urinaria. Entonces en medicina decimos es difícil, no es común, no es frecuente que el paciente tenga dos enfermedades al mismo tiempo, que tuviera la infección urinaria y que tuviera una apendicitis. En este caso, toda la clínica, el examen físico, hizo que los médicos decantaran que tuviera infección de las vías urinarias porque era lo más objetivo que tenían» (Mins. 1:14:00 - 1:17:40).*

Más adelante agregó:

*«El urocultivo era lo más específico y lo que llevaba a mí como médico, lo que llevó al médico a decir tiene una infección urinaria y empezarle el tratamiento para la infección urinaria, que, si vemos en la primera atención, sí se le inició, además de los analgésicos, se le inició con un antibiótico que es la norfloxacina» (Mins. 1:17:00 - 1:17:40).*

Después de confirmar el diagnóstico de infección de las vías urinarias, la necesidad del tratamiento dado con antibióticos y el antecedente de urolitiasis, señaló que los cálculos urinarios favorecían las infecciones urinarias. Con ello, de manera alguna puede inferirse un comportamiento por parte de los profesionales de la salud merecedor del reproche efectuado por los actores. Lo que en este caso sucedió es que la señora María Liliana presentaba dos enfermedades, lo cual, en concepto del experto, es una situación poco frecuente.

En cuanto a la pertinencia de diclofenaco en un paciente que presenta problemas renales, el especialista señaló que estaban proscritos si se trataba de una falla renal crónica; era mejor no hacerlo. Pero también dependía mucho de la dosis, como lo sería una sola para el manejo del dolor, porque dentro de la atención de los pacientes, quitarles ese padecimiento era importante.

Finalmente, frente a si la infección urinaria llevaría a todas las fallas que presentó la señora María Liliana, indicó que podía generar una sepsis, una sepsis urinaria, una pielonefritis que involucra el riñón. En general, podía complicar mucho a un paciente. Con tal afirmación, no es dable concluir los médicos tratantes hubiesen optado por tratar una enfermedad menos importante, grave o relevante, en la medida en que también era compleja y debía de controlarse para evitar el deterioro de la usuaria. En suma, no solo la apendicitis aguda ponía en inminente riesgo la vida de la usuaria.

Con las anteriores afirmaciones, debe tenerse en cuenta que este caso se dirige a comprobar la conducta negligente, ligera y censurable del médico tratante; para ello es indispensable la existencia de un fundamento claro, exhaustivo, preciso y de calidad que diera cuenta del actuar culposo. Sobre este particular, el deber de indemnizar perjuicios surge en la medida de la comprobación en que se desatendió el deber a la cultura de seguridad de la paciente actuar que en este caso no se logró acreditar ni siquiera con el dictamen pericial practicado.



**4.2.3.** También se recibió la declaración de los médicos **José Wilson Duque Criollo** y **Luis Felipe Castañeda Ruiz**, cuyos testimonios solicitó **Inversiones Clínica del Meta SA**. Tales profesionales intervinieron en la atención brindada a la paciente en este centro médico. Corresponde indicar que tales deponentes son personas calificadas en la materia por sus conocimientos científicos, por lo que el artículo 220 del C. G. del P. les permite, de manera excepcional, emitir sus conceptos. Por su preparación, el legislador no los limita a relatar los hechos percibidos y sí les autoriza dar opiniones o juicios personales. Sin embargo, para su valoración, es indispensable que existan razones de respaldo.

Sobre tal prueba científica, señaló la Corte Suprema de Justicia:

*«Recuérdese que tanto las afirmaciones de los testigos técnicos, como las conclusiones contenidas en una experticia, resultan valiosas para el proceso en tanto vengan precedidas de explicaciones suficientes, que brinden al juez herramientas para su valoración racional. Conforme con ello, al valorar una prueba de este tipo, el fallador debe contar con elementos de juicio que le permitan determinar, a partir de bases objetivas, el grado de credibilidad que ameritan las afirmaciones del testigo técnico o el perito, diferenciando así sus apreciaciones técnicas de las simples opiniones subjetivas, carentes de bases fundadas»<sup>56</sup>.*

El médico **Duque Criollo** atendió a la señora **María Liliana** en su ingreso a **Clínica Martha SA**. De manera detallada indicó el delicado estado en que se encontraba y las medidas adoptadas para estabilizarla. Dio cuenta del proceso infeccioso severo que presentaba, con un compromiso multiorgánico severo y estado hemodinámico descompensado. Pese a diagnosticarse una sepsis de origen urinario y aislarse un microorganismo, la paciente no había evolucionado. El foco sospechoso lo confirmó un urocultivo. Al igual, fue consultado a la familia los antecedentes de la paciente; su hija indicó urolitiasis, lo cual orientó a pensar en el diagnóstico inicial y se completó con los exámenes ordenados. Manifestó también la existencia de una e. coli. Como no había una evolución favorable, se pidió valoración por cirugía general.

En atención al cuestionario realizado por la parte actora, exteriorizó que en este caso lo primero que se advirtió fue la infección de las vías urinarias, documentada por un urocultivo que mostraba una escherichia coli, que es bastante agresiva. Se dio tratamiento a esa patología y ahí se quedaron, basados en que el dolor abdominal estaba asociado a las vías urinarias. En ningún momento se pensó que iba a desarrollar una apendicitis aguda, no se tuvo cuidado y se le manejó con antibiótico; tal vez se controló la infección urinaria, pero el dolor abdominal persistía. Explicó que el cólico renal estaba asociado a un cálculo renal y éste producía un dolor extremadamente alto, que requería un manejo de analgésicos combinado. Tal situación considera que fue la causa del manejo del analgésico y antibiótico.

Por su parte, el cirujano general **Luis Felipe Castañeda Ruiz** señaló que, en la primera atención, encontró a la paciente en pésimas condiciones; lo primero fue estabilizarla. Continuó con la falla, por lo que la llevó a cirugía. Ello encontró que presentaba una peritonitis con materia fecal en toda la cavidad, por lo que le hizo laparotomía y continuó lavándose cada 24 a 48 horas. Como el examen médico no era fidedigno, decidió realizar el procedimiento. Explicó que la obesidad mórbida de la usuaria dificultaba el examen físico, lo cual también indicó el médico **Duque Criollo**. Además, el abdomen agudo tenía muchas causas y no todas requerían de cirugía. Expuso también que la apendicitis no

<sup>56</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia CSJ SC 4425-2021, M.P. Luis Alfonso Rico Puerta.



tenía una única presentación y un dolor abdominal puede ser causados por diferentes situaciones, más aún en las mujeres debido a su sistema reproductivo.

A partir de lo expuesto por los testigos técnicos tampoco es posible advertir la negligencia que se le atribuye a **Clínica Martha SA**. Desde el ingreso de la paciente al nuevo centro médico no era ostensible, palpable, evidente la presencia de la apendicitis aguda que la aquejaba. Ello fue posible advertirlo solo por procedimiento quirúrgico realizado por el especialista, cuya finalidad era auscultatoria, encontrando una peritonitis aguda. Ninguno de ellos descartó la existencia de la infección de las vías urinarias que se venía tratando, incluso, dieron cuenta que el cólico renal está asociado con cálculos renales, que produce un dolor extremadamente alto, por lo que requiere de manejo de analgésicos combinados.

**4.2.3.1.** No es posible efectuar valoración probatoria del testimonio de la médica **Adriana Paola Franco Rodríguez** ya que no conoce ni le constan los hechos del presente asunto. No atendió a la usuaria; su actuar se ciñó a la revisión de la historia clínica con el propósito de emitir concepto. Con ello se aparta de lo previsto por los artículos 220 y 226 del C. G. del P. de forma que sus consideraciones o conclusiones respecto de la atención brindada a la madre y esposa de los demandantes no tendrá mérito persuasivo en este asunto.

**4.2.4.** Lo descrito anteriormente no permite inferir que existiera un error de diagnóstico, en la medida en que la señora **María Liliana** sí presentaba una infección de las vías urinarias, ratificado con un urocultivo, un hecho objetivo tal y como lo llamó el médico que rindió peritaje. El tratamiento de los cálculos renales para evitar el dolor tampoco puede tenerse como un proceder contrario a la ciencia médica, pues los médicos se apoyaron en el antecedente de urolitiasis, aunado a que IVU también puede ser consecuencia de tales cálculos y que el dolor que presentan los pacientes también se debe controlar, según lo indicaron los profesionales que intervinieron en el juicio.

Tampoco resulta reprochable que los analgésicos enmascararan la apendicitis por varias razones. La primera, no hay un solo elemento demostrativo en el expediente dirigido a probar que la ciudadana en la primera atención estuviera cursando una apendicitis. La segunda, no se probó desde qué momento se presentaba pues, conforme lo indicó el médico **Luis Felipe Castañeda Ruiz**, podía tener evolución de un día o de más de una semana, al ser relativa la misma: depende de cada paciente. La tercera, había suficiente material clínico para diagnosticar la urolitiasis, debido a su antecedente y que la infección de las vías urinarias puede ser consecuencia de ésta; incluso, ninguno de los médicos lo reprochó o tildó de injustificado para ese momento. La cuarta, los analgésicos están medicados para tratar el dolor producido por los cálculos renales y deben medicarse, según se probó. Y la quinta, es poco frecuente que una persona presente más de una enfermedad a la vez. Bajo esa situación y la carencia demostrativa de la parte actora, no es posible inferir que se mantuviera la restricción de formular analgésicos: había poca probabilidad que estuviera cursando otra patología.

Luego, no se logró demostrar su falta o indebida aplicación del tratamiento, lo cual resultaba necesario para inferir que a la afiliada se le cercenó la posibilidad de lograr su mejoría. Por el contrario, se acreditó su pertinencia, al ser el fármaco indicado para la afección que se presentada. Desconoce la parte actora la necesidad de probar cómo alguno de los profesionales de la salud asumió de forma sistemática una conducta reprochable, negligente y desinteresada por la recuperación de la paciente y que ello desencadenara en



un grave error de diagnóstico. En cuanto se observó el deterioro de la ciudadana, se decidió remitir a una unidad de cuidados intensivos.

No es claro a partir de la sintomatología desde qué momento presentaba apendicitis, menos aún, cuando estaba confirmada la IVU con el urocultivo practicado a la ciudadana, el cual no fue desvirtuado en este asunto. Por ello, no es dable tampoco concluir que se hubiese dado un tratamiento errado y que la conducta de los médicos hubiese incrementado el porcentaje de mortalidad de la usuaria. No solo la apendicitis generaba ese riesgo, también lo era la infección de las vías urinarias, en la medida en que podía desencadenar en una sepsis.

La rigurosidad de la parte actora se desvirtuó, en la medida en que se logró apreciar cómo los síntomas presentados por la usuaria no eran indicativos, exclusivamente, del diagnóstico que desde un principio propuso. Acoger la inferencia de los demandantes es un abierto desconocimiento de que un síntoma no es causa necesariamente de una sola enfermedad, dada la ambigüedad de los signos, según lo indicaron los tres médicos referidos lianas atrás.

Así las cosas, del análisis racional y conjunto de esas pruebas, impiden inferir que el diagnóstico presuntivo de urolitiasis e infección vías urinarias fuese una conclusión grosera apartada de la ciencia médica. Los síntomas que presentaba la paciente no eran suficientes para determinar que se trataba de apendicitis y, de paso, que el tratamiento prescrito desconociera la experticia de la salud.

#### **4.3. Imputación a la demandada Inversiones Clínica Meta SA**

En la demanda se reprocha que solo hasta el 18 de febrero de 2012, a las 14:17 fuera intervenida la usuaria. En el dictamen aportado, el perito **Vladimir Romero**, pese a expresar la existencia de una mala práctica, no indicó en qué consistió. De forma que no está comprobada la negligencia, menos aún, que esa conducta hubiese incidido en el deceso.

Por el contrario, el médico **Jairo Hernán Ortega Ortega** atribuyó el fallecimiento de la señora **María Liliana** a la sepsis diagnosticada. El estado séptico la llevó a desarrollar síndrome de disfunción multiorgánica. Con todo, indicó que «[e]l manejo medico en la UCI de ICMeta, fue adecuado e indicado», pues «fue llevada a cirugía en el momento que se sospechó que la paciente podía estar presentando abdomen agudo quirúrgico. La cirugía realizada fue la adecuada, al igual los lavados peritoneales terapéuticos que le realizaron». Finalmente destacó que «[l]a atención medicoquirúrgica, prestada a la paciente en el ICMeta, fue acorde a las guías que se promulgan para estas enfermedades y adecuada para las patologías que presentó la paciente». Conclusión que reiteró en el interrogatorio practicado. Incluso, la abogada actora al presentar sus alegaciones de conclusión no reprochó la conducta que ésta adelantó.

También se advierte de la historia clínica y de los testigos técnicos **Duque Criollo** y **Castañeda Ruiz** es que la entidad, a través de su personal médico, realizó los procedimientos básicos para la estabilización de la paciente; se adelantaron los exámenes físicos y complementarios a efectos de determinar con exactitud el diagnóstico, que conllevó al plan quirúrgico y terapéutico dispuesto. La serie de estudios y de análisis que se utilizaron a fin de establecer el procedimiento más adecuado para el manejo de la sintomatología, no puede ser una circunstancia imputable a los médicos ni a la clínica

demandada, menos aún, cuando no se logró acreditar que la conducta profesional se apartara de la doctrina científica. De forma que es improcedente inferir cómo el deterioro progresivo de la usuaria fuera resultado del tratamiento prescrito por los galenos, contratados por la institución demandada.

Todas esas conductas descalificadas por la parte actora no tienen sustento probatorio eficiente y seguro, que muestre una inadecuada e inoportuna asistencia médica por parte de la **Inversiones Clínica Meta SA** durante el tiempo en que tenía la posición de garante. Indispensable para revelar un claro quebranto del deber de seguridad y de la misión de prestación del servicio de salud de calidad que le impone la Ley 100 de 1993.

#### **4.9. Imputación a la EPS Saludcoop en liquidación**

El conjunto de irregularidades enrostradas a las instituciones prestadora del servicio de salud fue el sustento para atribuir responsabilidad solidaria a la EPS, ante su condición de garante y obligada a la organización del sistema de salud. Como ya se indicó, no se logra inferir racionalmente como potencial causal del daño, la conducta que desplegaron dichas agentes, por lo que no hay lugar a atribuir el daño a la EPS.

En este caso solo se imputa el resultado a partir de la conducta médica y del proceder de la IPS. No se hace un juicio de reproche por deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS que deba ser estudiada, pues todo se analizó dentro del marco funcional de la institución prestadora del servicio de salud.

**4.9.1.** Además de las señaladas instituciones, **Clínica Llanos** también atendió a la afiliada el 13 de febrero de 2012. Sobre el particular, el perito **Vladimir Romero** reprochó que se formulara analgesia, lo cual enmascaraba cuadro clínico de dolor e impedía dar una claridad. Ello era demostrativo de una mala práctica en las guías del protocolo de dolor abdominal de la institución o Ministerio de Salud. En su sentir, debió hidratar a la usuaria de 6 a 8 horas en salas de observación y dejar evolucionar el dolor para tener un diagnóstico definitivo, como descartar apendicitis, colelitiasis o colitis. Una vez más, lo que se advierte en este dictamen pericial solo constituye un juicio médico diferente al adoptado por la tratante, que no tiene la virtualidad de demostrar la falla alegada en el escrito de demanda.

Como se ha indicado a lo largo de este proveído, no es posible acoger las conclusiones impartidas por el especialista, tendientes a demostrar errores incurridos, debido a la carencia de fundamento y precisión de su dicho. Así, no es posible inferir que la expectativa de recuperación de la paciente se disminuyera con la conducta de los médicos, por lo que no es dable atribuir a las demandadas el daño cuya reparación se pretende en este asunto.

**4.9.2.** En suma, no logra deducirse cómo los médicos que intervinieron en la atención de la usuaria asumieran de manera sistemática conductas apartadas de la ciencia médica, que contribuyeran de manera preponderante en la disminución de las posibilidades de curación. En este caso no fue posible demostrar su falta o indebida aplicación del tratamiento, lo cual resultaba necesario para inferir que a la afiliada se le cercenó la posibilidad de conseguir su mejoría. Además, el deceso no es suficiente para inferir la existencia de yerros en el acto médico o que su evolución hacia el deterioro fuera precisamente por un método inadecuado.



5. Los usuarios estaban en el deber de cumplir con la carga probatoria que llevara al convencimiento de que, al valorarse su situación como paciente, los medios y la institución se apartaron injustificadamente de un razonable análisis y, con base en ello, diagnosticó una patología que no correspondía con el cuadro sintomatológico según una sana hermenéutica. Es insuficiente la prueba documental allegada con relación a ese evento para determinar que el deceso fue por un indebido diagnóstico y tratamiento.

Es preciso resaltar que el medio idóneo para despejar las dudas en torno a la culpa o no, en que por negligencia pudo haber incurrido el médico era la prueba pericial. Si bien fue practicada, la misma no corroboró las omisiones y fallas alegadas por la parte actora en el escrito inicial. Además, el juez no puede tener, de ninguna manera, la virtualidad de reemplazar la actividad persuasiva de las partes. Esto, claro está, sin perjuicio de las facultades oficiosas que incluso en algunas oportunidades se convierten en deber.

En tal lógica, es imperioso desestimar las pretensiones pues, la parte encargada de demostrar, no acreditó que, dadas las características de la sintomatología presentada, era exigible exactitud en la diagnosis, un medicamento diferente, o que la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza para determinar otra afectación, para que se lograra concluir un comportamiento culposo determinante en la causación del daño que se reclama.

No se demostró el nexo causal entre el proceder de los centros médicos y de su personal con el resultado lesivo o la evolución tórpida que padeció la señora **María Liliana Zapata Gómez**, menos aún, que el desenlace fuera producto de la atención médica brindada del 10 al 22 de febrero de 2012, fecha esta última en que falleció. Era a la parte demandante a la correspondía despejar aquellas dudas y aportar elementos que permitieran atribuir a la conducta de la pasiva la causa del daño que sustenta la acción de responsabilidad.

5.1. Como quedó indicado, los elementos constitutivos de la responsabilidad son: *a)* el daño o perjuicio, *b)* El hecho perjudicial o hecho generador de la responsabilidad y *c)* La relación de causa a efecto. Las fallas ostensibles en la prestación de servicios, por acción u omisión, ya sean resultado de un indebido diagnóstico, procedimientos inadecuados o cualquier otra razón, son constitutivas de responsabilidad civil, siempre y cuando se reúnan los presupuestos para su estructuración.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de 17 noviembre de 2011, con radicado 1999-00533-01, expuso lo siguiente:

*«[E]n lo atañadero a la responsabilidad civil en general, y a la médica, en particular, conocida es su clasificación en contractual o extracontractual<sup>57</sup>. Aquélla, exige una relación jurídica preexistente entre las partes, o, lo que es más general y frecuente, la existencia y validez de un contrato, su incumplimiento, el daño y la relación de causalidad (cas. civ. sentencia de 12 de julio de 1994, exp. 3656). En cambio, en la última, el quebranto se produce al margen de cualquier vínculo jurídico previo entre aquellos que se relacionan con ocasión del daño (...).»*

(...)

---

<sup>57</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencias de marzo 5 de 1940, 26 de noviembre de 1986, 30 de enero de 2001, expediente 5507 y septiembre 11 de 2002, expediente 6430.



*Justamente, la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum si fueren varios los autores, pues 'el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas».*

En ese orden, no se encuentra mérito a los reclamos frente a los demandados por carencia de uno de los elementos imprescindibles para su procedencia, como lo era la verificación de la culpa de las instituciones, para, a partir de allí, atribuir la responsabilidad que se reclama. Es esa debilidad probatoria la que se cuestiona.

Esto, si se tiene en cuenta que, desde hace considerable tiempo, se entiende que por regla general las obligaciones que surgen de vinculaciones como la que hoy se estudia son de medio, debiéndose establecer «no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad»<sup>58</sup>. De allí que se aplique el principio universal del artículo 167 del C. G. del P. conforme el cual «incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen».

En providencia de 30 de noviembre de 2011 (Expediente 1999-01502-01), refiriéndose a las reglas aplicables en materia de prueba del factor subjetivo de atribución de la responsabilidad médica, la Corte Suprema de Justicia precisó: «[S]i bien el pacto de prestación de servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, **no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos**<sup>59</sup>», el subrayado es nuestro. Y añadió, «a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto».

**5.2.** Como se anunció, los contratos celebrados con profesionales de la salud imponen obligaciones de medio, lo que se traduce en poner a su disposición el conocimiento y experiencia, más no a obtener un resultado concreto o específico. Por consiguiente, corresponde a los demandantes, desde el punto de vista procesal, demostrar la culpa como causa de imputación jurídica del daño, la que ordinariamente consiste en el error, la impericia, la negligencia, la imprudencia o la omisión del profesional.

<sup>58</sup> Sentencia de casación de 05 de marzo de 1940.

<sup>59</sup> En la misma citó, Sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras.



Es inviable deducir de la sola historia clínica que existió un error en el manejo médico según los protocolos y guías de atención, documental que, dicho sea de paso, ni siquiera fue aportada al plenario. De su sola lectura y en uso del conocimiento judicial, no se logra ubicar los puntos determinantes de la responsabilidad médica endilgada, dado que de su contenido no se advierten inconsistencias. Supuestos que no se lograron acreditar con el dictamen pericial practicado ni con los testimonios técnicos. Además, acordémonos que la medicina, en su *praxis*, está sometida a diversas variables, entre ellas las reacciones biológicas de la paciente, los efectos adversos, la coincidencia de síntomas entre distintos padecimientos y todos los factores de incertidumbre que la tornan imprevisible.

Ciertamente, la compilación informativa puesta en conocimiento por los extremos activo y pasivo –la historia clínica–, exhibió la individualización de la señora **María Liliana Zapata Gómez**, quien requirió de atención médica. Asimismo, relató su ingreso, la forma en cómo se prestó el servicio y las descripciones de su estado de salud en el momento de su arribo, los resultados de las pruebas y procedimientos a los que se sometió. Pero, no fue una herramienta útil para verificar los hechos constitutivos de reclamación. Por eso, en casos como estos, la prueba que viene a despejar cualquier polémica en torno a la culpa, o no, incurrida por los médicos debido a negligencia, sin duda es la pericial. Si bien, fue aportada por la parte actora, no se logró demostrar que la atención brindada por los centros clínicos se apartara de las necesidades de la paciente de cara con la ciencia médica. Y es que muy a pesar de lo alegado, las declaraciones de parte absueltas, como atrás ya se dijo, solo se establece que la usuaria acudió por atención médica, los síntomas que presentó, los diagnósticos y los procedimientos: manifestaciones de las cuales, por supuesto, no se extraen los supuestos errores.

Sobre el tema, se ha dicho que la historia clínica tiene una relevancia en estos asuntos *«pues recoge todos los datos referidos al estado de salud y la asistencia prestada al paciente, informan al juez, como a los peritos que se sirven de ella para rendir concepto, sobre la condición del paciente y la atención desplegada por la institución sanitaria, lo que permite valorar su conducta»*<sup>60</sup>. Es un *«instrumento a disposición de la justicia, para valorar la conducta del personal sanitario de cara a establecer su responsabilidad por mala praxis»*. Así pues, debe decirse que la prueba documental no es, en esta oportunidad, suficiente para comprobar un proceder culposo médico. Conducta que no se advierte espontáneamente de la lectura de la historia clínica, ni encuentran respaldo en otro medio de convicción.

Así, por no demostrarse la culpa en el deceso de la señora **María Liliana** y, de contera, los elementos para atribuir responsabilidad a los demandados, se negarán las pretensiones invocadas en su contra. Ello releva al despacho del análisis de las excepciones perentorias propuestas.

6. No se condenará en costas a los demandantes por habérseles reconocido amparo de pobreza.

## Decisión

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Villavicencio, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, resuelve:

---

<sup>60</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC15746-2014.



**Primero.** - Negar, en su integridad, las pretensiones de la demanda promovida por los señores **Miguel Salgado Torres** y **Liliana Patricia Salgado Zapata** contra **Saludcoop EPS Organismo Cooperativo en liquidación, Inversiones Clínica Meta SA** y **Clínica Martha SA**.

**Segundo.** – No condenar en costas.

**Tercero.** – Ejecutoriada esta decisión, archívense las presentes diligencias de manera definitiva.

**Notifíquese y cúmplase**

**Andrés Villamarín Díaz**

Juez

Juzgado 2 Civil del Circuito de Villavicencio

Por anotación en **estado** del **23/08/22** se notificó el auto anterior. Fijado a las 7:30am

**Nátaly Sánchez García**  
Secretaria

Firmado Por:

**Nestor Andres Villamarin Diaz**

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 002

Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **be6869eeb21ef500099a6d4e8fb00d3a2b58e25a3428ad00b6e2eb11a77a5368**

Documento generado en 22/08/2022 04:44:06 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**